Agente Comunitário de Saúde

o ser, o saber, o fazer

Agente Comunitário de Saúde

o ser, o saber, o fazer

Joana Azevedo da Silva
Ana Sílvia Whitaker Dalmaso

1ª reimpressão

ISBN: 85-7541-009-1

1ª edição: 2002
1ª reimpressão: 2006

Capa, Projeto Gráfico e Editoração Eletrônica:
Guilherme Ashton

Revisão:
Fernanda Veneu

Copidesque:
Ana Tereza de Andrade

Catalogação-na-fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

S586a Silva, Joana Azevedo da
Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. / Joana Azevedo da Silva e Ana Sílvia Whitaker Dalmaso. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2002.
240 p.

1. Auxiliares de saúde comunitária. 2. Serviços de saúde comunitária-recursos humanos.

CDD - 20.ed. – 613

2006
EDITORA FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tels: (21) 3882-9039 e 3882-9007
Fax: (21) 3882-9006
http://www.fiocruz.br
e-mail: editora@fiocruz.br

Digo: o real não está nem na saída, nem na chegada; ele se dispõe para a gente é no meio da travessia.

Guimarães Rosa

... dizem que o agente é a peça-chave, mas nunca é reconhecido.

Agente comunitário de saúde. Sudeste de São Paulo, capital

Cecília Donnangelo e Ricardo Bruno Mendes Gonçalves,
não sabemos o que é mais forte neste livro:
a presença ou a falta que vocês fazem.

Sumário

Prefácio

Estudos sobre agentes comunitários de saúde representam, hoje, empreendimento de extrema atualidade no campo da saúde coletiva. Seja colaborando com a crítica produtiva para subsidiar as políticas do setor, seja criando modelos de assistência bem fundamentados, as pesquisas que envolvem esta nova realidade são bem-vindas e necessárias.

No entanto, sendo das questões mais 'quentes' do momento, tais estudos também representam uma ousadia histórica: o agente comunitário é realidade por demais próxima para que uma reflexão sobre ela corra menos o risco de transformar-se em debate estritamente ideológico que outras mais distantes. Nada contra o debate ideológico, pois este de fato move a política, já que faz confrontar os interesses e opiniões no plano da ação social. Há que se resgatar, porém, uma outra reflexão, cuja colaboração, se é também de cunho ideológico e político, não o é em senso estrito, ao aliar-se com a disposição científica de fazer produzir um certo conhecimento objetivo. Conhecimento de produção metódica; reflexão 'em suspenso', subordinada aos passos de metodologias eleitas. Com isto a reflexão científica traz, do mundo prático, informações objetivas para discussão, informações que são dados especialmente buscados, evidências que também confrontam opiniões e argúem interesses, mas que de outra forma não seriam produzidas ou publicadas.

A opção por fazê-lo é do pesquisador!

Em sua forma de tornar objetivas as explicações-compreensões que tece, esta reflexão científica é também plena de valores e apostas. De forma alguma neutra, é, em sua objetividade, exercício do pensamento crítico fornecedor das renovações da teoria e das inovações da prática: a ciência faz confrontar pontos de vista; tensiona culturas (científicas) estabelecidas; e, mais além da intervenção imediata, cria conceitos e noções para que novos estudos sejam possíveis.

É desta exata perspectiva que o leitor encontrará, no estudo científico que segue, dois ancoradouros – a escolha do objeto, neste caso o agente comunitário da experiência Qualis, uma estratégia Saúde da Família no município de São Paulo, e sua problematização; e o exercício preciso e correto da metodologia qualitativa de pesquisa – que garantirão, de um lado, a presença da política e, de outro, a presença do conhecimento científico.

Os agentes comunitários vêm se constituindo como um segmento efetivo do trabalho em saúde, representando novos atores nos cenários da assistência. Segmento efetivo da produção dos serviços, que se apresentam não apenas como suportes para gerarem determinadas ações em saúde, mas também peças efetivas, e talvez, personagens-chave, na organização da assistência. Repousa sobre seus ombros um tarefa gigantesca: se do Programa Saúde da Família (PSF) – em que se inserem tais personagens como assistência em saúde – espera-se que reoriente o sistema de saúde, do agente comunitário parece esperar-se o próprio PSF como acontecimento da saúde.

Este livro traz, tanto da perspectiva teórica quanto da perspectiva prática, a contraface de ambas as apostas, ao singelamente recortar seu objeto de estudo sob a indagação: 'mas e este agente comunitário, o que espera do PSF e do SUS?'.

Nada mais ético e político do que esta simples pergunta, na era das renovações do planejamento em saúde e da política de saúde, convencidos que estão ambos os campos de saber e prática da significativa valorização dos sujeitos nas ações e dos indivíduos nas organizações. A escolha da indagação reverte a posição do agente comunitário de instrumento estratégico de política ou a posição de recurso de operação de programa, para sujeito do PSF, sujeito da reorientação da assistência e sujeito da sociedade.

Em termos práticos, esta indagação e o estudo que a ela segue nos revela motivações, habilidades e competências adquiridas, e por adquirir, deste novo personagem, o agente comunitário. Humanizando-o, as autoras nos colocam diante de conflitos de expectativas e evidentes imprecisões da própria formulação do PSF: se o programa espera atores de competência voltada para questões da vida cotidiana da comunidade, é evidente que as pessoas que ingressam no programa imaginam adquirir algo mais – o estatuto profissional de quadro da saúde, a possibilidade de ingressar em carreira profissionalizante e aspirações de evolução para auxiliar de enfermagem. Além de tudo isso, é claro, também pretendem garantir um emprego, em tempos tão difíceis como os atuais. A cândida polarização, proposta já de saída pelas autoras e absolutamente divisora de papéis, "agente de comunidade ou agente institucional", dá bem conta dos conflitos nesta esfera.

Em termos teóricos, tais conflitos são, com muita propriedade, trabalhados nas noções de "desempenho do agente" e "perfil ocupacional".

Indagando acerca de qual perfil a atual política de saúde e o PSF vêm, de fato, implementando, este estudo trata de diferenciar possíveis re-criações históricas das inovações singulares e próprias ao PSF, em seu momento histórico particular. Ao se valer do resgate de estratégias comunitárias já experimentadas pelo Ministério da Saúde, tal qual o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (Piass), da segunda metade dos anos 70, ou do Programa Nacional de Agentes Comunitários em Saúde (Pnacs), do início dos anos 90, o presente texto situa na história das políticas de saúde brasileiras o "momento PSF".

Por meio desse recurso metodológico, este estudo identifica raízes do PSF das quais a ampliação de coberturas com controle de custos, a ampliação de acesso com acolhimentos das necessidades de saúde e, por fim, a identificação, captação e resolução destas próprias necessidades mostram-se como questões desde há muito criadas e re-criadas nos diversos modelos assistenciais de corte comunitário já alguma vez pensados.

Mas se no PSF encontramos, como nos mostra este estudo, uma dada releitura do acesso à comunidade e do entrosamento direto desta com os serviços, dentre as inovações deste programa encontramos a pretensão de levar a equipe dos serviços para as ações diretas na comunidade e o progressivo envolvimento dos vários profissionais desta equipe – médicos, enfermeiros e auxiliares – com o 'bom cuidado' aos usuários do programa, para além do acesso a 'tratamentos' nas unidades.

Ao menos é esta a leitura que, do acolhimento e resolução, é feita pelas autoras para matizarem a noção de assistência (ou produção de serviços).

Estas passagens podem vir a ser movimentos de grande impacto transformador nos modelos assistenciais. Para que fique bem claro, este potencial é representado por modificações substantivas na produção dos serviços, em termos das ações a serem realizadas e de sua organização na unidade, bem como no proceder dos profissionais. Modificações essas fundadas em duas reorientações básicas: cuidar, além de tratar; e prover assistência na vida comunitária além de se dispor na forma de boas ofertas assistenciais, porém, internas às unidades e sempre dependentes de uma demanda por parte da população usuária. Tais pretensões só podem ser realizadas uma vez estabelecido o que seja 'o cuidado' e o 'bom cuidado'. Estas definições são importantes para que a realocação da ação de assistência possa representar algo mais que o mero deslocamento de territórios de tratamentos. Assim, passariam a constituir intervenções assistenciais cuja técnica não se restringiria ao olhar biomédico, mesmo que preventivo, mas fundar-se-ia em uma integralidade deste olhar com a vida social e psíquica. Caminho longo a percorrer, pois esta integralidade ainda está por se constituir, no saber médico ou dos profissionais da saúde em geral.

Para que essas pretensões sejam comportamentos efetivos dos atores da saúde e prática assistencial, faz-se necessário, portanto, um conjunto de definições e delimitações no agir profissional. Daí a relevância da noção 'desempenho', a qual implica a um só tempo apropriação de técnicas na produção das ações e posturas interativas, com grande disposição de compartilhar projetos, dúvidas e soluções no trabalho cotidiano. A categoria desempenho torna-se argüidora de saberes que devem pautar as ações dos agentes comunitários e também argüidora de suas possibilidades de comunicação e interação no interior do projeto PSF.

Será através de um rico material empírico, cuidadosamente coletado e trabalhado na modalidade pesquisa qualitativa (cuidados que devem inspirar futuros pesquisadores, em razão da facilidade com que muitos nesta forma de pesquisa resvalam para apreensões empíricas e interpretações sem o menor rigor metodológico), que o leitor encontrará explicações abrangentes sobre o desempenho concretamente realizado pelos agentes comunitários alvo do estudo, alcançando, através das compilações e sínteses operadas pelas autoras, o 'perfil ocupacional' que vem se delineando.

O leitor poderá partilhar, então, da crítica, bastante positiva, acerca da delimitação de qual seria o saber específico deste agente, considerado como instância nuclear instauradora de desempenhos. Identificar e qualificar o saber que vem efetivamente instruindo o saber-fazer do agente é a aproximação aqui eleita para a compreensão da prática desenvolvida por esse novo ator.

Além disso, as autoras mostram o possível contraste com as expectativas que, em diversos discursos, delineam o melhor saber que caberia ao agente de saúde, e que vem sendo considerado, nestes discursos, de forma polar como: nenhum saber específico, para uns, e saber de síntese entre a saúde e o social, portanto, extremamente complexo e quase revolucionário, para outros.

Da figura de 'mensageiro', mero canal de comunicação serviço-comunidade, à figura de 'agente reformador', operando mudanças radicais do sistema assistencial, o saber que dessas imagens decorre e deveria estar apropriado pelo agente comunitário, oscila de forma polar. De um lado, teríamos vivências pessoais que por si bastariam como experiência acumulada para ser agente de comunidade; de outro, esperam-se domínios técnicos de certos procedimentos em saúde que seriam compostos com uma sabedoria prática tecida na e própria à vida comunitária, para ser agente institucional e nuclear da estratégia de reforma da saúde.

Vale considerar, ainda, que, para os que de forma mais simplista imaginam encontrar no meio-termo a solução da oposição comunidade *versus* serviço de saúde, isto é, um pouco de comunidade, um pouco de instituição, as autoras, com muita propriedade e bom resgate teórico, coloca-nos diante de outra delicada questão: o estranhamento do agente por qualquer dos dois grupos a que ele

deveria referir-se. Assim, a qualquer pequeno distanciamento de papel presumido pelo grupo para o agente, este indivíduo poderá ter cessado seu reconhecimento de pertença ao grupo e ser considerado um *outsider*, quer pelo seu grupo de origem, a comunidade, ou pelo novo grupo, a instituição de saúde.

Tal consideração nos mostra que a identidade do agente pode ser argüida não só pelo indivíduo que se torna agente, mas, igualmente, pelo coletivo a que ele se refere. Não será, pois, por simples adição ou 'desvios' de papéis que este agente poderá ser reconhecido pelos coletivos que, afinal, deve representar, fazendo-nos pensar que um desempenho-síntese das polaridades mencionadas, a comunidade e a instituição, deva ser necessariamente buscada – o que representa o trabalho adicional de identificar conteúdos e formas de operar tal complexa síntese.

A indefinição de seu papel também torna difícil delimitar seu desempenho como integrante, na instituição, de outra 'comunidade': a equipe de saúde. Através do estudo da situação do agente, a problemática da equipe será questionada, ainda que de forma indireta. Neste âmbito do trabalho em equipe, a 'mensageria' é importante, mas não será seu único desempenho. A maior agudeza de percepção sobre as necessidades de saúde da comunidade poderá, sem dúvida, combinar-se com as formulações de soluções assistenciais, sejam elas de recuperação ou de promoção da saúde, realizadas em conjunto com o restante dos profissionais da assistência, sendo esta partilha de projeto assistencial a mais genuína participação do agente de comunidade no trabalho da instituição.

A proposta PSF ainda não se expressou claramente sobre tais questões, além da ausência de definição dos processos de organização do trabalho que, na unidade, ensejariam as interações necessárias para integrar o agente no restante da equipe, além de integrar todos os participantes em trabalho de equipe. Talvez por isso, a proposta PSF, ao mesmo tempo que cria as inovações com base no agente e na equipe, já as dispõe mais como perguntas do que respostas.

O senso de pertinência política e de necessidade prática, para além do interesse das pesquisadoras no estudo destes temas, fez chegar até nós, profissionais da saúde, este instigante material. Recomendo ao leitor que o examine com a mesma abertura teórica e prática que levou as autoras a enfrentar todos esses desafios, tanto na pesquisa quanto na reflexão de seus achados. Desafios que, sem dúvida, foram aceitos em razão da vontade de melhorar a própria proposta PSF, reconhecendo as autoras que toda proposta requer uma permanente busca de aprimoramentos, ao mesmo tempo que toda proposta é oportunidade de identificarmos os melhores processos éticos de desenvolvimento das políticas de saúde.

Lilia Blima Schraiber

Professora associada e livre-docente em Medicina Preventiva
da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Apresentação

Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer é um estudo dirigido à compreensão do agente comunitário de saúde, referido como um elemento nuclear da realização de determinadas políticas de saúde, em especial de programas que expressam modelos para reorientação da assistência à saúde no país.

Atualmente, esse tipo de programa encontra-se em fase de expansão, tanto em áreas rurais como em áreas urbanas. Além disso, esses modelos vêm sendo, cada vez mais, implantados em grandes cidades e áreas metropolitanas, mantendo, entre seus pressupostos e estratégias de intervenção básicos, as perspectivas de ampliação do acesso, de racionalidade técnica e econômica, de participação popular em saúde e de extensão de cobertura por serviços de saúde para parcelas específicas da população brasileira.

Historicamente, a idéia do agente de saúde envolve um conceito que, sob as mais diferentes formas e nomenclaturas, aparece em várias partes do mundo: a idéia essencial de elo entre a comunidade e o sistema de saúde.

Esse tipo particular de modelo, bem como o conhecimento de suas possibilidades de realização vêm suscitando um crescente interesse de vários setores da sociedade, em geral, e, em particular, para a área de formulação, de gestão e administração de políticas públicas.

Nesse trajeto de proposição, formulação e implantação dos Programas de Saúde da Família, muitas são as questões que emergem. A identidade do agente comunitário de saúde é uma delas.

Este trabalho teve, como referência inicial, a tese de que o agente comunitário de saúde que atua no Projeto Qualis, especificamente no município de São Paulo, tem mais especificidades do que analogias por referência a seus congêneres, em outras regiões e momentos históricos do Brasil. Tratava-se, assim, de examinar a constituição de identidades ocupacionais ou profissionais

no interior de um projeto de relação Estado-sociedade, em especial em relação aos agentes comunitários de saúde, de caracterizar seu perfil em áreas metropolitanas, suas perspectivas e necessidades.

A premissa principal era a determinação histórica e social das concepções e das práticas de saúde e, por conseqüência, do perfil dos seus sujeitos. Nesta perspectiva, assumindo-se que a identidade ocupacional é construída em uma determinada realidade, afirmava-se que existiam variações no perfil do agente de saúde, em termos dos aspectos centrais que orientavam as possibilidades de viabilização das intervenções e da mediação Estado-sociedade almejada por essas políticas.

O ponto de partida para a pesquisa foi a necessidade de conhecer o perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde. Conhecê-lo significava identificar analítica e sinteticamente os elementos empíricos que estão nas ações, percepções, motivações, expectativas e interações destes atores e em suas relações, quer com a comunidade, quer com seus pares e demais integrantes da equipe. Com base neste reconhecimento do perfil, tornar-se-ia possível identificar especificidades e analogias em relação a outros agentes de Programas de Extensão de Cobertura.

Com esse entendimento, iniciou-se o desenvolvimento do estudo pela recuperação das políticas e de suas expressões, os programas que, no Brasil, nos diferentes contextos, previam a participação do agente de saúde. O passo seguinte foi a identificação, nessas propostas, da concepção e de outros aspectos nucleares referentes ao agente de saúde que permitissem, com apoio do referencial teórico, identificar categorias, discutir conceitos e caracterizar o perfil e o papel destinado ao agente de saúde, como parte de uma política de saúde, nos diferentes momentos históricos e nos respectivos programas. Esta abordagem possibilitou a compreensão das principais idéias e conceitos subjacentes à proposição de agentes de saúde, em cada um dos momentos, em cada uma das propostas analisadas.

Na recuperação dessas propostas, optou-se por circunscrevê-las ao que estava contido em documentos que registram estratégias oficiais – municipais, estaduais ou federais – que previam a participação do agente de saúde, não incluindo, na revisão e análise, as iniciativas que escapavam ao âmbito da intervenção direta do Estado.

A motivação para a escolha do objeto de estudo é decorrência de uma trajetória profissional e pessoal das autoras, que permitiu a participação, em momentos cruciais da conjuntura sanitária brasileira, em diferentes estágios de realização de propostas de reorganização da atenção à saúde, que buscavam construir articulações mais adequadas entre as necessidades de saúde das populações e a oferta de serviços de saúde.

Cabe ressaltar a inserção deste estudo em um projeto maior de pesquisa: Novos Modelos de Assistência à Saúde: avaliação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, desenvolvido por pesquisadores do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, dos departamentos de Epidemiologia e de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da USP, da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas, do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo e da Secretaria de Estado da Saúde. Em uma primeira etapa financiado pela Fundação Zerbini, o projeto teve continuidade pela Fapesp. A coordenação geral do projeto coube ao Professor Adib Domingos Jatene.

Durante todo o desenvolvimento deste trabalho, a preocupação foi manter o equilíbrio na exposição dos fatos e nas considerações teóricas. Não temos certeza de havê-lo conseguido. Procuramos, entretanto, evitar que sentimentos pessoais, que nossas opiniões preponderassem sobre o interesse pelo conhecimento que estava sendo evidenciado.

Essa foi uma preocupação constante, a de garantir, mediante metodologia adequada e sucessivas aproximações, a produção de um conhecimento mais abrangente, ou seja, que pudesse dar conta do conjunto das dimensões inter-relacionadas do objeto estudado.

Fazer um estudo, como o que aqui se apresenta, sobre um programa ou sobre determinado aspecto de sua realização, não implica concluir que ele seja um sucesso inquestionável, nem apontá-lo como ineficaz ou pouco eficiente em relação a outros já existentes. Tratava-se de tomar um objeto e analisá-lo, segundo critérios previamente estabelecidos e conhecidos (Malik & Schiesari, 1998), identificando como foram definidos os critérios.

Um conjunto de abordagens complementares foi usado no sentido de aumentar a abrangência e a profundidade do 'olhar', para propiciar essa compreensão articulada, construída, a partir de diferentes ângulos, de uma determinada realidade. Assim, em nenhum momento, o objetivo foi identificar o certo, o errado, o bom, o ruim, o bem ou o mal, mas compreender a realidade.

Daí, que os resultados obtidos não nos permitem afirmar, por um lado, que tais características encontradas, tal padrão de desempenho é o prevalente ou em todas as unidades e equipes do Qualis ou de Programas de Saúde da Família, em áreas metropolitanas. Por outro lado, o processo desenvolvido e a metodologia utilizada permitem-nos afirmar que esse é um padrão encontrado e encontrável em circunstâncias similares às estudadas, mas que é um padrão também possível de ocorrer em condições outras, um pouco diversas, assemelhadas, condições próximas e não, necessariamente, apenas, sob as mesmas condições.

Nessa perspectiva, utilizando Novaes (2000), este estudo apresenta tanto características de uma investigação avaliatória (com o objetivo de produzir conhecimento, através de avaliador externo, com utilização de informação para demonstração, com comprovação/negação de hipóteses e temporalidade pontual) quanto características de uma avaliação para decisão, no sentido de que o enfoque priorizado é a caracterização/compreensão de um contexto, a metodologia dominante é qualitativa e situacional, o contexto de avaliação é natural, e as informações obtidas também pretendem ser utilizadas como instrumento para gestão. Por outro lado, ele servirá, também, como apoio para tomada de decisões (o que caracteriza a avaliação para gestão).

Este livro foi possível graças à participação de inúmeras pessoas. É, assim, fruto da contribuição de todos com quem pudemos dialogar e aprender, em todos os momentos de uma trajetória pessoal e profissional. Para a concretização do produto, vários foram os tipos de apoio; nenhum menos importante, todos indispensáveis.

Aqui, algumas lembranças e agradecimentos especiais:

À Fapesp, pelo apoio.

Aos coordenadores e diretores do Qualis Zerbini e do Qualis Santa Marcelina, aos profissionais das equipes de saúde da família, aos diretores das unidades selecionadas, pelo seu entusiasmo.

Às famílias visitadas pelos agentes de saúde, por concordarem que o observador entrasse em suas casas, contribuindo para que as observações do trabalho pudessem cumprir os objetivos. O mesmo reconhecimento para com as pessoas integrantes de movimentos da comunidade, que, ao serem solicitadas, prontificaram-se a participar das entrevistas.

Aos agentes comunitários de saúde do Qualis Zerbini e do Qualis Santa Marcelina. Esperamos ter feito bom uso do esforço e da receptividade que demonstraram em relação ao estudo. Esperamos, com ele, contribuir para a construção da identidade e da cidadania, para a discussão do saber, do fazer, enfim do ser agente.

As autoras

A Moisés, companheiro em todos os momentos;
a Tatiana, a Vladimir e a Pedro, pelo incentivo,
o meu carinho.

Joana

1

Dos Programas de Extensão de Cobertura aos Programas de Saúde da Família

Introdução

Os Programas de Saúde da Família propostos e implantados tanto em países desenvolvidos como nos em desenvolvimento procuram responder a questões específicas de cada contexto ou se articulam e se sustentam em justificativas orientadas, principalmente, por racionalidades econômicas, científicas e técnicas, associadas a perspectivas 'humanistas', isto é, do bem-estar físico, mental e social, como meta para o ser humano. Correspondem a uma linhagem de propostas com características semelhantes que vêm sendo defendidas, principalmente, a partir da Segunda Guerra Mundial, por organismos ou instituições de natureza pública, nacionais ou internacionais, como modelos para a reorganização da assistência à saúde.

Nessa perspectiva, as últimas décadas têm sido marcadas por repetidas tentativas de organização da assistência à saúde em moldes capazes de conciliar diferentes ordens de determinações que incidem sobre o setor e nele introduzem elementos conflitantes de difícil superação. Destacam-se, entre eles, os que dizem respeito às inovações científicas e tecnológicas experimentadas pela prática médica, com todos os seus corolários – consubstanciados, sobretudo, na questão dos custos crescentes da atenção médica. Dentre essas tendências, ressaltam-se as que refletem as exigências histórico-estruturais da extensão da assistência a parcelas crescentes da população.

Donnangelo, em 1976, já apontava as marcadas modificações por que passava a atenção médica

> *sob o impacto tanto da nova tecnologia material que, além de modificar inteiramente a prática médica, a articula de maneira peculiar com toda a estrutura de produção de bens materiais, quanto das exigências econômicas e políticas de extensão do consumo de serviços de saúde a categorias sociais até então marginalizadas de tal consumo.* (Donnangelo, 1976)

A autora também identificava a influência dos movimentos de medicina integral, medicina preventiva e, em especial, da medicina comunitária, nas origens dos programas de extensão de cobertura e na utilização de pessoal auxiliar:

> *Reafirmando os princípios básicos elaborados através de outros projetos de organização da atenção médica, a Medicina Comunitária se propõe operacioná-los através de uma específica estratégia de prestação de serviços à população. Grande parte do campo de ação comunitária em saúde pode ser caracterizado pela busca de extensão da assistência médica a parcelas crescentes da população através do desenvolvimento das atividades de saúde usualmente designadas como de primeira linha. Sua especificidade, entretanto, decorre do fato de que essa extensão da assistência não se fará necessariamente através das modalidades de prestação de serviços e da tecnologia médica predominante, mas, sobretudo, por meio de uma nova estruturação dos elementos que compõem a assistência à saúde, em particular um novo uso do trabalho nesse campo. Reforça-se substancialmente no interior do projeto comunitário um elemento que, embora não seja estranho à prática médica contemporânea, não adquiriu relevância a não ser em raros modelos de organização da assistência. Trata-se do uso do trabalho não médico na área da saúde, articulando-se ao trabalho médico e resultando no que poderia ser designado por trabalhador médico coletivo, atuando de forma tal que, por um processo de distribuição de tarefas, a assistência se efetua através de um conjunto de práticas complementares.* (Donnangelo, 1976)

A Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), em setembro de 1978, em Alma-Ata, República do Casaquistão (na época, integrado à União das Repúblicas Socialistas Soviéticas), teve grande repercussão para a implantação, em inúmeros países, de programas de Atenção Primária para populações específicas. No relatório final de Alma-Ata, os participantes afirmavam que os cuidados primários de saúde seriam os meios principais para que todas as populações do mundo pudessem alcançar um padrão aceitável de saúde em um futuro próximo. O programa de saúde de uma população precisaria, então, estar integrado ao desenvolvimento social e ter como base o espírito de justiça.

No Brasil, concentram-se, mais precisamente nas três últimas décadas, as tentativas de reorganização da assistência à saúde com esse objetivo específico. Historicamente, a exemplo de outros setores sociais, a saúde ocupou uma posição secundária nas definições de política econômico-social do Estado, bem como no processo de planejamento – em que se abordaram, mais intensamente, os setores econômicos. Os sucessivos planos de desenvolvimento propostos para a sociedade brasileira caracterizaram-se sempre por uma marcada subordinação das medidas na área social aos objetivos específicos da política econômica (Donnangelo, 1976).

No começo dos anos 70, um marcante contraste caracterizava o cenário da assistência médica brasileira. De um lado, se notava a dominância de uma medicina altamente diferenciada, de custo elevado e intenso consumo por parte de determinado estrato da população; de outro, um elevado número de pessoas que tinham necessidades básicas de saúde sem atendimento.

A remota possibilidade de universalização, na sociedade brasileira, daquele padrão assistencial diferenciado, impunha, por conseqüência, a necessidade do recurso a medidas tendentes a corrigir as distorções do modelo. Parecia óbvia a inviabilidade de medidas que alterassem radicalmente as bases da organização assistencial, daí a busca necessária de formas alternativas de racionalização do conjunto do setor compatíveis com o modelo dominante e capazes, ao mesmo tempo, de tornar o setor menos excludente frente às necessidades de saúde que buscam expressar-se através dele (Donnangelo, 1976).

Concentrando-se, naturalmente, nas definições da política econômica, o II Plano Nacional de Desenvolvimento (1975-1979) (II PND) caracterizava-se, entretanto, pela atribuição de uma relativa autonomia aos setores da área social, cuidando de abordá-los em termos de sua especificidade:

> *A verdade é que, de um lado, o crescimento pode não resolver o problema da adequada distribuição de renda, se deixado à simples evolução dos fatores do mercado. E, de outro lado, a solução através do crescimento, apenas pode demorar muito mais do que a consciência social admite, em termos de melhorar rapidamente o nível de bem-estar de amplas camadas da população.* (II PND, 1975)

Ao mesmo tempo, no plano formulavam-se metas próprias para a política social cuja implicação mais ampla dizia respeito à superação da marginalidade social e cultural – e, naturalmente, econômica. O aumento da renda real para todas as categorias sociais e a "redução da pobreza absoluta, ou seja, do contingente de famílias com nível de renda abaixo do mínimo admissível quanto à alimentação, saúde, habitação" deviam ser possibilitadas através de uma ação em que se conjugassem medidas mais imediatamente econômicas, como a política de emprego e de salários, com uma estratégia adequada de prestação de serviços sociais (II PND, 1975).

Porém, no referente ao Sistema de Previdência Social,

> *o decorrer da década de 70 assiste a outras propostas universalizantes que formalmente progrediram no sentido da formulação de um sistema de seguridade social. (...) São exemplos de extensão de cobertura: a instituição da cobertura previdenciária para os maiores de 70 anos e inválidos que tenham, em algum período, contribuído para a Previdência Social ou exercido qualquer atividade a ela vinculada, mesmo sem terem contribuído; a concessão de benefícios aos trabalhadores rurais acidentados no trabalho; a inclusão do salário-maternidade, até então*

> *sob responsabilidade da empresa; a extensão dos benefícios previdenciários às empregadas domésticas e trabalhadores autônomos, desde que contribuintes do sistema.* (Cohn & Elias, 1996)

Seguiram-se ao II PND uma série de diplomas legais na área social, entre os quais a Lei do Sistema Nacional de Saúde, a primeira definição sistemática, embora limitada, de uma política de saúde para o país.

A Lei nº 6.229, de 17 de julho de 1975, dispôs sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde. Ocupou-se, basicamente, da designação e da ordenação dos setores institucionais sob cuja responsabilidade deveriam desenvolver-se as ações pertinentes à saúde: o Conselho de Desenvolvimento Social e os ministérios da Saúde, da Previdência e Assistência Social, do Interior, de Educação e Cultura e o do Trabalho. Explicitava as respectivas competências desses setores, dos estados e dos municípios no desenvolvimento das ações, bem como os mecanismos através dos quais se processaria a coordenação, cabendo ao Conselho de Desenvolvimento Social, recentemente criado, assegurar as diretrizes de coordenação geral do Sistema.

Outras conseqüências importantes do II PND foram a proposição e implantação de alguns programas sociais, entre os quais destacam-se, por sua relação com a questão sanitária, o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) e o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) (Cordoni, 1979; Rosas, 1981).

A essa época, os Programas de Extensão de Cobertura (PEC) já eram divulgados e defendidos por organismos internacionais e incluídos em documentos, tais como o II Plano Decenal de Saúde para as Américas (1971-1980), resultante da III Reunião Especial de Ministros de Saúde da América Latina. Também a proposta dos PEC já aparecia nas conclusões e recomendações da V Conferência Nacional de Saúde, realizada sob o patrocínio do Ministério da Saúde, em Brasília, em 1975 (Cordoni, 1979; Rosas, 1981; Brasil, 1975).

A apresentação das políticas de saúde e de suas expressões em programas nacionais ou locais, em ordem de momentos históricos, tem o objetivo de recuperar aspectos considerados nucleares da proposição e da implantação que estejam relacionados à identidade, expectativa de ações e de impacto do trabalho do 'pessoal auxiliar', material central a ser posteriormente resgatado para discutir e traçar o perfil do agente comunitário de saúde, em São Paulo, bem como identificar similaridades ou diferenças em relação a outras propostas que contemplem ou contemplaram esse sujeito como nuclear para sua viabilização.

Tem-se uma perfeita dimensão das limitações a que está exposta essa iniciativa quando se observa que para este resgate se utilizaram fontes e metodologias diversas, sem ignorar as limitações inerentes.

Apresentam-se, então esses programas, identificando, quando possível, os seguintes aspectos: contexto histórico em que surgiram, justificativa, objetivos, população-alvo, inserção do agente de saúde e expectativa de impacto de suas ações, mecanismos de seleção, treinamento e supervisão, ações propostas para o agente. A interação do agente com a estrutura organizacional, bem como o espaço de atuação, autonomia de decisão, interação com os outros profissionais, interação com os indivíduos, famílias e comunidade, relacionamento com a estrutura profissional vigente, concepção sobre sua identidade de agente e concepção sobre a importância do seu trabalho para a população também são levados em conta. Considera-se que a identificação destes aspectos possibilitará apreender as dimensões que se tentam retratar neste livro.

Os Programas

Não se podem retomar essas propostas ou suas idéias principais sem se referir primeiro a um serviço pioneiro no Brasil no que se relaciona às idéias e concepções que integram os princípios e diretrizes dos programas aqui analisados: o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), de 1942 a 1960, e a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública (F.Sesp) de 1960 a 1990.

Em 17 de julho de 1942, Osvaldo Aranha, ministro de Estado dos Negócios das Relações Exteriores; Jefferson Caffery, embaixador extraordinário e plenipotenciário dos Estados Unidos e o major George Mundock Saunders, representante do IAIA, assinaram um contrato de cooperação que fazia nascer o Serviço Especial de Saúde Pública, mais conhecido como Sesp. No documento, se instituía uma unidade administrativa mantida pelo IAIA e subordinada diretamente ao Ministério da Educação e Saúde, incluindo entre suas atribuições:

- *o saneamento do Vale do Amazonas, especialmente a profilaxia e os estudos de malária no Vale e a assistência médico-sanitária aos trabalhadores ligados ao desenvolvimento econômico dessa região;*
- *o preparo de profissionais para trabalho de saúde pública, compreendendo o aperfeiçoamento de médicos e engenheiros sanitaristas, a formação de enfermeiras de saúde pública e o treinamento de outros técnicos;*
- *a colaboração com o Serviço Nacional de Lepra e, por intermédio deste, com as repartições sanitárias estaduais, para o combate à lepra.* (Bastos, 1996).

No princípio, todas as atividades do Sesp foram dirigidas, prioritariamente, no sentido de prestar assistência médico-sanitária às populações das áreas onde existiam matérias-primas de interesse estratégico para os países aliados, em guerra contra a Alemanha. Receberam, assim, essa assistência, os trabalhadores removidos do Nordeste para a exploração da borracha na região Amazônica,

bem como as populações já existentes na área e os que trabalhavam na extração da mica e cristal de rocha nos estados do Espírito Santo, Minas Gerais e Goiás e ainda os que trabalharam na reconstrução da Estrada de Ferro Vitória-Minas, da Companhia do Vale do Rio Doce. Constituía ainda ponto importante do programa médico-sanitário nas regiões o combate à malária. Eram as seguintes, em síntese, as atividades desenvolvidas:

- saúde pública: controle de doenças transmissíveis, estatística vital, enfermagem de saúde pública, educação sanitária, higiene pré-natal e da criança (higiene infantil, higiene pré-escolar, higiene escolar), saneamento do ambiente (água, dejetos, construção de fossas, higiene da habitação, combate à malária, fiscalização de gêneros alimentícios);
- assistência médica: ao adulto, à mulher e à criança;
- laboratório: exames de urina, sangue, fezes, escarro e muco nasal.

De início, as atividades do Sesp caracterizavam-se por monitorar, quase exclusivamente, a situação de saúde dos indivíduos e da família, bem como prevenir e controlar as doenças transmissíveis.

Entretanto, logo nos primeiros anos, a direção do Sesp entendeu que era preciso oferecer também às populações cuidados de assistência médica de que elas necessitavam. Estes serviços, além de constituirem um benefício, tornavam-se um atrativo imediato, contribuindo para que as populações aceitassem melhor as medidas preventivas.

A propósito, Bastos (1996) cita o relatório da Conferência da Organização Sanitária, realizada em abril de 1948, da qual participaram técnicos do Sesp, do Ministério da Saúde e da Faculdade de Higiene e Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Entre as conclusões da Conferência – que ressaltou a enorme importância do saneamento do meio ambiente, da educação para a saúde, da higiene materna, da higiene da criança, do combate às grandes endemias regionais e da prática de medidas de controle que pudessem ser utilizadas em massa e ao redor dos casos –, destaca-se o que ficou estabelecido em relação à assistência médica:

> *Considerando que, nas áreas em apreço, as condições de pauperismo das populações e a inexistência ou a insuficiência do número de médicos clínicos e leitos em hospitais forçaram o Programa da Amazônia a instituir serviços de assistência médica, e o do Rio Doce a condescender em prestar esses mesmos serviços no intuito de promover a recuperação, tão rápida quanto possível, da grande massa de doentes ainda existente, a Conferência da Organização Sanitária, reconhece:*
>
> *a- que se torna necessário, nas áreas de trabalho do Sesp, incluir assistência médica entre as funções de saúde pública.*

b- que a assistência médica, por outro lado, representa um atrativo imediato para a população que, recebendo esse benefício, de melhor maneira se prestará a aceitar as medidas de medicina preventiva.

c- que não será possível prescindir da existência de leitos em hospitais.

Nos anos seguintes, vários foram os atos de prorrogação do contrato que deu origem ao Sesp, até que, em 1960, foi criada a F.Sesp, vinculada ao Ministério da Saúde. A Lei nº 3.750 definiu os seguintes objetivos básicos para a Fundação:

a- organizar e operar serviços de saúde pública e assistência médico-hospitalar nas áreas do território nacional onde se desenvolvem ou venham a se desenvolver programa de valorização, sempre que tais serviços não constem de órgãos federais específicos;

b- estudar, projetar e executar empreendimentos relativos à construção, ampliação ou melhoria de serviços de abastecimento de água e sistemas de esgotos, sempre que não constem de órgãos federais específicos;

c- desenvolver um programa de educação sanitária nas localidades onde mantiver unidades sanitárias;

d- analisar, do ponto de vista técnico, e opinar sobre projetos e orçamentos relativos a serviços de abastecimento de água a serem construídos com financiamento do Banco Nacional de Desenvolvimento ou Caixas Econômicas Federais, nos termos da legislação em vigor;

e- coordenar, organizar e administrar, nos Estados cujos governos o solicitarem, serviços destinados ao desenvolvimento de sua estrutura sanitária básica, inclusive ao que se refere à promoção e controle da higiene industrial;

f- coordenar, organizar e administrar, mediante regime de acordo com as municipalidades interessadas, serviços de abastecimento de água e esgotos;

g- colaborar com os órgãos técnicos do Ministério da Saúde na resolução de problemas de sua competência;

h- realizar pesquisas, inquéritos e estudos necessários ao desenvolvimento de suas atividades;

i- promover a difusão de conhecimentos técnicos ligados à saúde pública, através de edição de livros, revistas e outras publicações;

j- promover a formação e o treinamento de pessoal técnico e auxiliar necessário à execução de suas atividades;

l- desenvolver programas em cooperação com os Estados, o Distrito Federal, os Territórios ou os Municípios, visando a higienização dos bairros pobres e a solução de problemas de saúde pública. (apud Bastos, 1996)

O resgate a que aqui se procede sobre a F.Sesp baseia-se no entendimento de que a instituição teve uma grande importância na concepção de diretrizes que, atualmente, orientam as práticas de trabalho na proposição dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (Pacs) e do Programa de Saúde da Família (PSF).

A análise documental não deixa dúvidas que a F.Sesp funcionou como um 'laboratório', foi pioneira na criação de modelos para as propostas de ampliação de cobertura para populações específicas, de práticas, de diretrizes e princípios que, hoje, se colocam, no Pacs e no PSF. Isto permitiu que se construísse experiência e que se avançasse no conhecimento. Entre esses aspectos, destacam-se:

- a oferta organizada de serviços na unidade, no domicílio e na comunidade: a puericultura, o pré-natal;
- o planejamento e a programação; a avaliação realizada em nível central;
- a informação como base para a responsabilização sobre a população da área de abrangência;
- a abordagem integral da família, o prontuário familiar;
- a unidade de saúde dinâmica, não estática; a unidade de saúde indo à população e vice-versa;
- a adscrição de clientela;
- o trabalho com a comunidade;
- o monitoramento do trabalho e o treinamento de parteiras leigas, as "curiosas";
- a incorporação das atividades de assistência médica ao trabalho das unidades de saúde;
- a incorporação de pessoal auxiliar no atendimento aos grupos prioritários (gestante e crianças) e no controle de doenças transmissíveis;
- a visita domiciliar, realizada por visitador sanitário e auxiliar de saneamento, para atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças, monitoramento de grupos de risco e vigilância sanitária;
- o tratamento supervisionado para o controle de doenças prevalentes, como a tuberculose;
- a organização de sistema de saúde regionalizado e hierarquizado: postos de saúde, unidades sanitárias, unidades mistas e hospitais;
- o enfoque intersetorial: a incorporação das atividades de saneamento básico ao trabalho das unidades, através da atuação do inspetor de saneamento e do engenheiro; a educação sanitária como mola mestra das ações;

- a capacitação, em serviço, de profissionais e a preparação de pessoal de nível médio: laboratorista, auxiliar hospitalar, visitadora sanitária, guarda sanitário, auxiliar de saneamento, higienista dentária, ecônoma;
- a educação continuada para os profissionais;
- a educação para a Saúde;
- a integração docente-assistencial;
- o apoio às escolas de nível superior, em especial, as de enfermagem, em quase todo o Brasil, para garantir formação dos profissionais necessários às ações de saúde.

Na F.Sesp, as visitadoras sanitárias – auxiliares que desenvolviam o atendimento aos indivíduos e às famílias, na unidade e na comunidade, sob supervisão e orientação do enfermeiro, e mediante protocolos estabelecidos – eram responsáveis por atender a gestantes e crianças de baixo risco, na 'unidade sanitária'.

O primeiro atendimento da gestante era sempre um atendimento de enfermagem, ocasião em que a visitadora avaliava as condições de desenvolvimento da gravidez, solicitava os exames definidos em protocolo, agendava esses exames, realizava pesquisa de albumina na urina e agendava o retorno com o médico para quando os exames estivessem prontos. As visitadoras ainda se encarregaram de fazer as visitas domiciliares a puérperas e recém-nascidos; acompanhar nascidos-vivos e óbitos menores de um ano e monitorar pacientes portadores de doenças prevalentes.

Cada uma das visitadoras sanitárias era, também, responsável pela cobertura da população residente em uma determinada área do município. O treinamento para o trabalho, com duração de seis meses, era realizado por um enfermeiro, logo após a admissão, mediante programa validado e publicado pela instituição, no qual uma metodologia de integração ensino-serviço favorecia o desenvolvimento das competências necessárias à prática das funções.

Em 1990, a F.Sesp foi incorporada à Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (Sucam) quando da criação da Fundação Nacional de Saúde (FNS), vinculada ao Ministério da Saúde.

O orgulho de toda uma geração de 'sespianos' é, provavelmente, devido ao fato de pertencer a uma escola pioneira em métodos e técnicas apropriados e que muito contribuiu para o aprendizado e para a saúde do povo brasileiro. Posteriormente, muitos deles assumiram posições de destaque na proposição e implantação de modelos que visavam à extensão de cobertura e à reorientação do modelo de assistência à saúde no Brasil. Segundo Bastos (1996), a F.Sesp possibilitou a emergência de uma nova consciência em saúde pública no país e de vigorosas lideranças.

Entende-se, assim, porque qualquer trabalho que se proponha a estudar os modelos de reorientação da assistência à saúde no Brasil, necessariamente terá de passar pela história do Sesp e da F.Sesp.

O PIASS, PRIMEIRA ETAPA, NORDESTE – 1976-1979

O Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (Piass) foi, entre os Programas de Extensão de Cobertura, aquele que, institucionalizado como política governamental, conseguiu maior expressão. Além de absorver outros programas importantes, como o Programa de Integração de Serviços de Saúde do Norte de Minas, recobriu, em um primeiro momento, o Nordeste, e acabou tornando-se objeto de uma proposta de expansão a outras áreas rurais do território nacional. O Programa foi instituído, para a região Nordeste do País, pelo Decreto Presidencial de 24 de agosto de 1976, para o período 1976/1979. A finalidade era implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades de até 20 mil habitantes, bem como contribuir para a melhoria do nível de saúde da população local (Rosas, 1981).

O Piass propunha-se a adotar uma ampla gama de práticas que se estendiam desde as questões relacionadas ao meio ambiente até os problemas sanitários que demandavam atenção médica individual. As diretrizes básicas do Piass estavam expressas no artigo 2° do Decreto:

> I – *ampla utilização de pessoal de nível auxiliar, recrutado nas próprias comunidades a serem beneficiadas;*
>
> II – *ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento de nosologias mais freqüentes e na detecção dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados;*
>
> III – *desenvolvimento de ações de saúde caracterizadas por serem de baixo custo e alta eficácia;*
>
> IV – *disseminação de unidades tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populacionais estratégicos;*
>
> V - *integração no nível dos diversos organismos públicos integrantes do Sistema Nacional de Saúde;*
>
> VI – *ampla participação comunitária;*
>
> VII – *desativação gradual de unidades itinerantes de saúde, a serem substituídas por serviços básicos de caráter permanente.* (Brasil, 1976, apud Rosas, 1981)

A participação comunitária aparecia, no texto, a um só tempo, como necessária e limitada. Derivava do caráter permanente e simplificado da estrutura a ser estabelecida em cada nível de atenção, para cuja sustentação a comunidade devia estar mobilizada. Essa mobilização orientava-se no sentido de garantir o

apoio ao programa e à execução, pela população local, de atividades necessárias à manutenção controlada dos custos e à própria operacionalização das ações previstas. Era o caso, por exemplo, da participação proposta para: implantação de sistemas simplificados de abastecimento de água, de destino de dejetos e do lixo; suprimento mínimo de alimentos através do incentivo à formação de hortas e de pomares e à criação de animais de pequeno porte; custeio parcial, em âmbito local, das atividades em desenvolvimento. Para tal mobilização, encontrava-se previsto o treinamento de pessoal auxiliar, no interior da própria estrutura de serviços.

Todas essas proposições básicas parecem ter se tornado passíveis de algum grau de recomposição, em nível local, na dependência das características dos grupos envolvidos e dos processos ocorridos em nível central (Donnangelo, 1976). Evidentemente, esse processo, essas inflexões de diretrizes não se processaram sem marcados confrontos de tendências, tanto em nível central, como regional ou local. Deve-se entender o processo de desenvolvimento do Piass como um processo político que reproduziu, em nível local, questões políticas sempre presentes na sociedade brasileira, como um todo e, em especial, nas localidades onde se implantaram.

Outros projetos e atividades também se estruturaram com vistas a proporcionar os necessários suportes para o desenvolvimento dessa nova política de atuação na área da saúde. Tal foi o caso do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), destinado a

> *adequar progressivamente a formação de recursos humanos para a saúde aos requerimentos de um sistema de serviços com máxima cobertura possível e integral, regionalizado e de assistência progressiva, de acordo com as necessidades das populações respectivas e as possibilidades das diversas realidades que o país apresenta.* (Donnangelo, 1976)

Criado em 1975, através de um acordo de cooperação técnica entre o Ministério da Saúde e a Organização Panamericana de Saúde, o PPREPS visava à preparação de recursos humanos adequados a um processo de extensão de cobertura subordinado às necessidades e possibilidades de diferentes áreas do país. Propunha, para tanto, a preparação, em larga escala, de pessoal de saúde de nível médio e elementar (Donnangelo, 1976).

A 14 de novembro de 1979, foi aprovada, através de Decreto Presidencial, a expansão nacional do Piass para o período 1980-1985. A estratégia definida pela coordenação nacional do Piass incluía, como diretrizes básicas, a operação e manutenção da rede básica já instalada; a ampliação da rede, a fim de cobrir a totalidade dos municípios da área de abrangência do Programa, com vistas à sua consolidação; o fortalecimento e reestruturação das secretarias estaduais de Saúde; a busca da extensão do Programa para o âmbito nacional, para regiões

com características populacionais e de serviços semelhantes às primeiras localidades em que o programa havia sido instalado (Brasil, 1979).

O PIASS, SEGUNDA ETAPA, EXPANSÃO NACIONAL – 1980-1985

O Piass, no Vale do Rio Ribeira, em São Paulo – Projeto Devale

Após negociações da Secretaria de Estado da Saúde (SES) com o Ministério da Saúde, incluiu-se o estado de São Paulo – representado pelas regiões de Sorocaba e Vale do Ribeira – na área de abrangência da expansão nacional do Piass. Como decorrência, inicia-se, em 1981, o Projeto de Expansão de Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em área rural, Vale do Ribeira, que contaria com recursos do Estado, do Ministério da Saúde e do ex-Inamps (Silva et al., 1986; São Paulo, 1981).

O Projeto Devale, como ficou conhecido, contava com a participação de agentes de saúde em postos de saúde rurais e na comunidade, de 17 localidades rurais de 8 dos 16 municípios da região (Silva, 1983).

De 1967 a 1970, o Estado de São Paulo, assistiu, na gestão de Walter Leser, na Secretaria da Saúde, no processo da Reforma Administrativa, a um movimento de valorização da atenção básica, a uma política de programação da oferta de serviços de saúde.

Se essa política não previa a figura do agente ou do auxiliar de saúde, incorporou, inspirada na F.Sesp, a do visitador sanitário, com algumas atribuições similares.

Os desdobramentos desta política, as idas e vindas da identidade desse sujeito que não chegou a se definir não serão objeto de discussão, no recorte privilegiado para este trabalho.

Em São Paulo, cabe também lembrar, na perspectiva de política de uso de pessoal auxiliar, do movimento dos Centros de Saúde-Escola, com o objetivo de desenvolver, nos alunos de graduação da saúde, a capacidade de atuar na atenção básica, com oferta organizada de serviços à população e participação de pessoal auxiliar na realização de várias das dimensões almejadas (Cyrino, 1993).

Em meados da década de 70, a partir da eleição direta para prefeito em cidades que não eram capitais de estados ou consideradas municípios estratégicos, multiplicaram-se, pelo país, iniciativas municipais para resolver demandas sociais emergentes e urgentes. Uma das áreas de escolha, pelos novos dirigentes, foi a da saúde. Vários municípios implantaram programas dentro dos princípios da Atenção Primária à Saúde. Os programas de agentes de saúde foram uma

destas vertentes. Para concretizá-los, os responsáveis tiveram de unir empenho e criatividade, já que muitas vezes não dispunham do conhecimento necessário, nem de orientação oficial. São José dos Campos (SP) é um dos municípios que dispõem dessa experiência desde 1979.

A partir de Silva (1984) e Silva et al. (1986), busca-se recuperar, aqui, a experiência do Piass do Vale do Ribeira (Projeto Devale). Os pesquisadores avaliaram, entre 1983 e 1984, a implantação do projeto, bem como o trabalho dos agentes de saúde, atividades financiadas por um convênio entre o Ministério da Saúde e a Universidade de Campinas (Unicamp). A caracterização do programa poderá vir a ser mais completa do que os demais estudos em virtude de implicar vivência pessoal de uma das autoras deste livro com os fatos e os aspectos relatados. Em relação ao contexto histórico de emergência e às justificativas, o depoimento a seguir é bastante significativo:

> Eu estava em Juquiá, há quase quatro anos, fazendo todo um trabalho de morrer, de atender doentes. Atendendo doentes de manhã até a noite, e isso ... Nós fomos vendo que resolvia muito pouco. Nós atendíamos as pessoas que ficavam mais próximas ao centro de saúde. As pessoas que não tinham acesso, tinham dificuldades enormes. Na hora em que chegavam ao centro de saúde, já não havia ficha. Nós fomos nos cansando deste tipo de atendimento, apesar de discutirmos outros tipos de atividades, de discussão da problemática de saúde, das condições de vida ... Apesar dessa agonia, estávamos sempre atendendo às mesmas pessoas. (Técnico da coordenação do Projeto Devale)

> Inclusive uma coisa marcou muito. O que aconteceu com uma família de desnutridos, porque a mãe, ela era de Barra do... , são mais de 32 quilômetros para chegar até aqui. As crianças estavam bastante desnutridas, demos o leite e explicamos que ela devia pegar o leite por mais tempo e a mãe falou assim: "Olha, a senhora não precisa me dar mais leite porque eu não tenho condições de chegar até aqui". Até para coisas tipo desidratação (...) essas pessoas estavam sendo deslocadas. Eu tive um caso de uma criança que morreu por acidose, porque ela estava tão desidratada que o corpinho dela não resistiu e ela acabou falecendo; e foi por causa da distância. A mãe veio a pé, debaixo do sol, lá de Barra do... para cá e não deu tempo de a criança chegar aqui. Chegou já mortinha. E isso aí eu acho que devia ser freqüente, não só aqui, em todos lugares. (Técnico da equipe de coordenação do Projeto Devale)

A equipe realizou um levantamento das condições de saúde na região do Vale do Ribeira, bem como do equipamento disponível. O documento funcionou como ponto de partida para um relatório, em que se apresentavam conclusões e sugestões. A ênfase maior recaía na garantia de acesso, na integração de recursos, no funcionamento das unidades e no atendimento à população da zona rural.

A essa mesma época, a SES apresentava ao Ministério da Saúde o Plano Operativo Anual (POA), para que as duas instâncias de governo pudessem iniciar um convênio. As diretrizes do Ministério da Saúde para 1981 – que incluíam a ênfase na operação da rede de serviços básicos de saúde, a participação comunitária, a regionalização, a integração programática, a integralização de ações de saúde e o desenvolvimento de recursos humanos e de tecnologia simplificada e apropriada – fizeram com que esse plano de trabalho para o Vale do Ribeira fosse incluído no Plano Operativo daquele ano como um projeto prioritário.

Foi então elaborado o Projeto de Expansão dos Serviços Básicos de Saúde e Saneamento em Área Rural – Vale do Ribeira (Projeto Devale) que, aprovado em nível federal, dava início à implantação do Piass no estado de São Paulo, em 1981.

Ao se estudar detalhadamente o material disponível, os objetivos, as estratégias, o desenvolvimento do Projeto, as entrevistas realizadas, percebe-se a grande preocupação da equipe de coordenação do Devale com determinados aspectos:

- a extensão de atividades de assistência primária à população residente na periferia dos centros urbanos e na zona rural, mediante a instalação de postos de saúde operados por agentes de saúde recrutados na própria comunidade: "levar para mais perto de onde as pessoas moram, trabalham, uma série de atividades ligadas à atenção primária que eram, até a época de implantação do Projeto, somente realizadas no centro de saúde do município".
- a preparação da rede existente para servir de retaguarda à demanda gerada pelos postos de saúde;
- a coordenação das instituições de saúde existentes na área e o funcionamento integrado dos serviços;
- a integração entre as atividades de saúde e saneamento a serem desenvolvidas;
- a definição do sentido e dos limites das atividades do agente de saúde (esse aspecto aparece nas entrevistas com os técnicos integrantes da equipe de coordenação como de fundamental importância no desenvolvimento do Projeto);
- a viabilização de um espaço para discussão e organização da comunidade, em relação à problemática relacionada com a saúde:

> Você tem, de alguma forma, de levar a discussão para essas comunidades, tentar fazer com que as pessoas comecem a se juntar para discutir os problemas de saúde: por que eles existem; a causa desses problemas; por que [alguém] toma remédio; melhora e depois fica doente de novo; os condicionantes... E, com isso, estimular que eles vão procurando

alternativas de resolver esses problemas do mais fácil para o mais difícil, do mais imediato ao mais mediato, sei lá, como eles achem que deveriam fazer. Mas eu acho que isso aí é tão importante quanto... não é o caso de comparar, mas eu acho que uma coisa é a própria discussão de ter um posto aqui, por que é importante, sabe? Começando por aí, por uma coisa concreta que é a possibilidade de você ter um agente de saúde treinado no bairro e as possibilidades de você ter um local para as pessoas não só virem procurar atendimento ou orientação, mas também para conversar, trocar idéias, e com isso irem crescendo, organizando-se em função dos seus problemas de saúde, ou em função de outros problemas que eles achariam que têm ou não a ver com a saúde. Porque se a gente só pensar nesse objetivo de expansão de ações, de ação primária, desvinculando dessa outra problemática, dessa discussão, dessa experiência, dessa participação que tende a uma organização. (Diretor de Unidade de Saúde)

Embora não se tenha evidenciado uma preocupação em definir previamente as atividades a serem desenvolvidas pelo agente de saúde, em cada localidade rural, foi possível identificar três componentes principais que deveriam integrar o conjunto da prática do agente de saúde:

- um componente mais estritamente técnico, relacionado ao desenvolvimento de atividade de atenção individual, de atendimento a queixas ou problemas;
- um componente relacionado às atividades comunitárias;
- um componente relativo ao modo como deveria ser desenvolvido esse conjunto de atividades indicadas nos itens anteriores.

Diferentes motivos – entre os quais a heterogeneidade dos locais onde o agente iria atuar, a localização do bairro em termos de acesso a serviços médicos e a proposta de que o agente de saúde e a população da localidade participassem dessa definição – fizeram com que o componente de conteúdo mais estritamente técnico ficasse para ser determinado no treinamento dos agentes de saúde, ocasião em que seriam mais adequadamente consideradas as expectativas da população e do próprio agente, em relação ao trabalho a ser executado. Nesta perspectiva, detectou-se uma clara preocupação, por parte dos responsáveis pela operacionalização do Projeto, de não hipertrofiar a função considerada mais técnica, no atendimento individual, em detrimento das atividades coletivas, mesmo assumindo a necessidade daquele atendimento à demanda do cliente, devendo o seu caráter de prioridade ser definido na situação concreta.

A esse respeito, transcrevem-se, a seguir, trechos de entrevistas com técnicos da equipe de coordenação e diretores técnicos de centros de saúde da região.

Quando a fome é muito grande e está apertando muito, a primeira necessidade é resolver aquela fome urgente daquele momento; então ela [a população] faz opção por aquelas pessoas que têm condições de

resolver aquela fome urgente. Acho que, no postinho, o negócio é também por aí; quando você tem uma necessidade, um volume grande de atendimentos, de consultas... o agente não abriu o postinho porque vai fazer reunião, não. Se a pessoa está com as crianças com diarréia, com não sei mais o quê, ela vai querer primeiro tratar a diarréia. Se o agente não está tendo tempo, ter um segundo agente, ter um terceiro agente naquele bairro. Então eu acho que não deve ser só essa função curativa, que é a reivindicação da população, é um direito dela. Mas nós devemos dar condições de trabalho para que o agente faça os dois papéis; coloca-se mais um agente para que ele possa desenvolver outras atividades.(Técnico da coordenação do projeto)

Eu acharia fundamental se a gente conseguisse desenvolver essa discussão sobre a problemática de saúde. Isso eu acho a 'pedra de toque' do negócio. Agora, a gente vê que não é essa a expectativa do bairro. O bairro tem uma expectativa muito mais que seja uma pessoa que resolva os problemas de saúde, ou melhor, resolva os problemas de doenças. Eu acho que aí cabe à gente tentar fazer uma média das duas coisas. Tentar fazer com que o agente tenha condições de desenvolver aquelas atividades que o bairro considera que são atividades de atenção à saúde importantes, como por exemplo, picada de cobra, e além disso, essa atividade, que é mais que uma atividade, seria assim uma postura do agente de saúde frente aos problemas de saúde lá do seu bairro, discussão desses problemas, de tentar, juntamente com o bairro, encontrar as formas de encaminhar a solução desses problemas e essa outra parte, importante também, que é a reivindicação, a expectativa que o bairro tem do agente, que é a atenção aos problemas de saúde e aos problemas de doenças (...) Então há essas atividades como vacinação, primeiros-socorros em caso de corte, queimaduras, em caso de traumatismos por pancada, uma imobilização simples, acompanhar o desenvolvimento de crianças no primeiro ano de vida, acompanhar uma gestação, são coisas que, pela freqüência com que elas acontecem e pela importância que elas têm, acho que dá até para achar que são atividades importantes em todos os treinamentos, mas a maioria das coisas deve sair mesmo durante o treinamento. Agora, essa atividade que eu acho importantíssima, que o agente estimule, que no bairro ocorra a discussão de problemática de saúde, que é inclusive a organização do bairro, que acaba envolvendo a organização em função de sua própria vida ... essa não é uma coisa que as pessoas do bairro esperam que o agente saiba fazer. Mas eu acho que a partir do próprio treinamento, quando o próprio agente começa a se interessar por essa discussão, sentindo a sua importância, ele consegue levar isso para o bairro. (Técnico da coordenação do projeto)

É que eles, em primeiro lugar, consigam levantar uma discussão sobre saúde no bairro. (...) Sobre os condicionamentos de saúde, por que as pessoas têm ou não têm saúde, por que aparecem tais ou quais doenças, quais as doenças mais importantes... Depois, exercer um papel de

educação (...) partindo do que a própria comunidade vai conhecendo, vai colocando (...) de descobrir um conhecimento junto (...) de descobrir as maneiras de ter saúde (...) de passar conhecimentos adquiridos. Também atender às pessoas, talvez tenha sido essa a idéia inicial (...) por causa de falta de acesso das pessoas. (...) Não há ônibus ou qualquer meio de transporte; quando há, a passagem é caríssima ... As ações de saúde estariam mais acessíveis às pessoas de zona rural. Então vacinação, suplementação alimentar e mesmo atendimento a doenças assim mais simples, que eles mesmos possam tratar ou com remédio que o postinho recebe ou com a própria medicina caseira que eles conhecem, chás... Não assumir o papel de instituição... Saber sempre o que estão fazendo e por que... Não ver só a doença ou um pedaço do corpo... ver a pessoa como um todo. (Técnico da coordenação do projeto)

Sintetizando, a proposta de ação para o agente de saúde, no Projeto Devale incluía:

- proporcionar a extensão do atendimento aos problemas de saúde da população rural por meio da aplicação de conhecimentos e execução de atividades específicas (curativos, vacinas, diagnósticos e tratamento de doenças mais prevalentes, atendimento à criança e à gestante, encaminhamentos, primeiros socorros);
- adotar uma visão global do indivíduo e seu papel na comunidade;
- incorporar um componente de discussão desses problemas de saúde em função das condições gerais de vida da população;
- organizar a comunidade para lutar pela saúde.

A escolha das localidades rurais onde seriam instalados os postos de saúde foi efetuada pela equipe de coordenação do programa, com os médicos dos centros de saúde, professores comunitários e prefeitos, tomando como referência o levantamento realizado nos municípios. Em uma primeira fase, definiu-se a implantação em dezessete localidades rurais pertencentes a oito municípios da região. Estes municípios foram escolhidos porque já dispunham de médicos sanitaristas nos centros de saúde, o que propiciaria uma maior facilidade para o desenvolvimento da supervisão aos postos. Além disso, pelo fato de já terem participado das discussões quando da proposição do projeto, teriam mais condições de modificar a estrutura dos centros de saúde, adaptando-os para servirem de referência aos clientes encaminhados pelos postos.

A partir das prioridades estabelecidas para a implantação das unidades de saúde, contactaram-se os professores comunitários, os representantes da Igreja e outros líderes. O objetivo era realizar reunião dos moradores dos bairros indicados para discutir o posto de saúde e a escolha do agente de saúde. Quase sempre durante as reuniões era constituída uma comissão – integrada pelo futuro agente de saúde, bem como por outros moradores presentes –, encarregada de tomar as providências relativas ao prédio.

Quanto ao processo de escolha dos agentes de saúde, de início, os moradores demoravam a acreditar que lhes caberia realmente a indicação da forma de escolha e a própria escolha do agente de saúde. Essa atitude pode estar relacionada à época em que vivíamos –1981 – ainda sob o regime militar, sem eleições diretas. Colocações, como as que se seguem, eram comuns em reuniões: "melhor seria que vocês mesmos escolhessem"; "vocês são médicos, enfermeiros, vocês é que sabem". Após a reação inicial de incredulidade, seguiam-se afirmações do tipo: "É bom mesmo a gente escolher, porque quem põe tira!"

Dando início à escolha propriamente dita, o coordenador da reunião perguntava aos presentes sobre a opinião predominante a respeito de como deveria ser a pessoa que iria trabalhar no postinho. Essa colocação era sempre seguida de uma listagem, elaborada pelos presentes, das qualidades que a pessoa deveria ter e quais os defeitos que não poderiam ser admitidos. Estavam, assim, sendo definidos os critérios para a seleção do futuro agente de saúde. A relação das qualidades necessárias ao agente, elaborada pelos moradores dos diferentes bairros, exprimiu, de certa forma, a expectativa geral frente ao trabalho a desenvolver.

Alguns desses critérios foram lembrados em praticamente todas as reuniões, como por exemplo:

- "não fazer distinção entre as pessoas, tratar todo mundo igual pobre e rico, preto e branco, parente ou não parente, da mesma religião ou de outra";
- "saber ler e escrever" – este critério gerou ampla discussão entre os participantes: "Quanto mais estudo tiver, melhor"; "Se a gente for exigir muito estudo, no bairro não tem ninguém com muito estudo". Ao final, decidiram optar pelo nível de escolaridade oferecido pelo bairro;
- "ter jeito para a coisa";
- "não ter medo de sangue";
- "não ter medo de dar injeção";
- "ser responsável";
- "não ter orgulho";
- "ser maior de idade" – a indicação desse último critério variou muito nas diferentes reuniões. Após as discussões, ficava acertado que o agente de saúde deveria ser maior de idade, mas não idoso;

Em algumas localidades, outras qualidades foram julgadas necessárias:

- "comprometimento com a comunidade";
- "ter boa vontade";
- "ter tempo";

- "ser educado, calmo, atencioso";
- "ser decidido";
- "não beber";
- "andar ligeiro" – a inclusão desse critério refletia as precárias condições de transporte do Vale, prevendo que, na maior parte das ocasiões, os agentes teriam de se locomover a pé.

A necessidade de o agente ser do bairro não foi manifestada, provavelmente, por estar implícita.

Depois de definirem as qualidades que deveria ter o agente de saúde, os moradores sugeriam nomes para a votação. Na maioria das localidades, após a indicação dos nomes, era procedida uma eleição, pelo sistema de votação secreta. Esse sistema foi igualmente escolhido pelos presentes, após muitas discussões: "Votação secreta é melhor, porque assim a gente fica mais à vontade, ninguém fica sabendo, nem fica chateado, cada um vota só com a sua cabeça e não vai votar porque o outro é primo, amigo ou parente".

Os votos eram, na maioria das vezes, colocados em urnas improvisadas, como chapéus de participantes. A apuração era sempre feita no local, com os eleitores servindo de fiscais de votação e de apuração.

Embora, em todas as reuniões dos bairros, os moradores tivessem expressado claramente a opinião de que o agente de saúde poderia ser homem ou mulher, entre os escolhidos verificou-se absoluta maioria do sexo feminino (quinze mulheres e quatro homens), apesar de terem concorrido candidatos de ambos os sexos, em todas as eleições.

O grau de instrução foi um dos temas mais debatidos nas reuniões, tendo ficado como opinião mais aceita a de que essa característica não tinha tanta importância, pois, nos bairros rurais, não havia "pessoas muito instruídas". É interessante notar, entretanto, que a escolha recaiu, na maior parte das vezes, em pessoas que tinham um nível de escolaridade superior ao da média da população.

Outra característica geral dos agentes de saúde, relatada a partir das entrevistas, é a de terem sido escolhidas pessoas que já desempenhavam uma função similar à esperada para o agente. Em alguns casos, essas funções eram até relacionadas à saúde: pessoas que eram habitualmente procuradas para dar orientações referentes a problemas de saúde ou para prestar serviços como aplicação de injeções, realização de curativos etc. Na maioria dos casos, porém, as pessoas selecionadas já desenvolviam algum tipo de atividade comunitária, como as realizadas na igreja (clubes de mães e de jovens), pelas escolas comunitárias ou as decorrentes de associações civis voluntárias e informais, relacionadas à discussão de problemas comuns.

Os coordenadores também viviam um momento de decisões, já que atuariam como instrutores e deviam respeitar as características de cada região ao iniciar o projeto. Algumas preocupações se faziam evidentes:

- o treinamento teria de atender à proposta de atividade a ser desenvolvida pelo agente de saúde, ou seja, deveria possibilitar aos treinandos o instrumental necessário (conhecimentos, técnicas de metodologia de trabalho) à realização das diversas dimensões do trabalho a fazer na comunidade. Deste modo, o treinamento deveria abranger não apenas a aquisição de conhecimentos, mas também o desenvolvimento da capacidade crítica de análise, a motivação para pensar junto com o bairro, caminhar junto, discutir e tentar resolver os problemas em conjunto. Para que este objetivo múltiplo fosse alcançado, no desenvolver do trabalho de cada um, era necessário percebê-lo e exercitá-lo durante o treinamento;
- o conteúdo do treinamento deveria respeitar fundamentalmente os aspectos que o agente de saúde trouxesse como reivindicações, como expectativas do bairro em relação à sua atuação. Na medida do possível, o agente deveria ser capacitado a atender a essa demanda;
- como conseqüência, os conhecimentos e técnicas que os agentes deviam apreender seriam definidos durante o treinamento. Essa preocupação não incluía, entretanto, a renúncia por parte dos técnicos à habilitação dos agentes para o trabalho com os problemas de saúde mais prevalentes na região, ou para a execução das atividades previstas nos programas e subprogramas da SES/SP;
- a metodologia a adotar deveria garantir uma participação ativa dos treinandos, no sentido de proporcionar uma troca de conhecimentos, experiências e modos de ver e pensar entre alunos e instrutores;
- o processo de capacitação dos agentes não deveria afastá-los do bairro mas, pelo contrário, procurar mantê-los como elementos do grupo social a que sempre pertenceram;
- o treinamento inicial, previsto para dois meses, não seria suficiente para a capacitação do agente; etapas posteriores de continuidade do processo deveriam, portanto, ser asseguradas.

O modelo de treinamento sugerido visava a atingir duas preocupações básicas: fortalecer o compromisso e a solidariedade do agente de saúde com a comunidade e prover condições para que ele/ela dispusesse do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas de saúde do grupo.

A metodologia proposta, na tentativa de privilegiar o como manter ou aumentar o compromisso do agente de saúde com a população, durante a

capacitação, visava a proporcionar o desenvolvimento de competências para conhecer criticamente as situações de saúde no contexto da realidade em que elas apareciam e buscar um saber que correspondesse à necessidade de mudar tais situações.

Em termos metodológicos, no sentido de promover o desenvolvimento do processo ensino/aprendizagem, a proposta em discussão traduzia-se no recurso a uma série gradual e encadeada de situações. Este recurso visava a proporcionar condições de integração entre o que os treinandos traziam como experiência anterior de vida e os conhecimentos que lhes seriam transmitidos durante o treinamento. Da mesma forma, os conteúdos deveriam ser construídos a partir dos saberes dos alunos, o que facilitaria o salto quantitativo dos conhecimentos e comportamentos já existentes para os comportamentos e habilidades necessários ao trabalho.

Com base nessas considerações, o treinamento dos agentes de saúde do Vale do Ribeira constituir-se-ia na etapa inicial do processo de ensino/ aprendizagem. Este processo deveria seguir, com a prática, nas localidades rurais.

Finalmente, os instrutores consideravam que, para o encaminhamento das questões centrais relativas ao processo de aprendizagem – quais as formas de conhecer e pensar das pessoas a serem capacitadas e qual a estrutura do conhecimento que deveria ser assimilado – teriam de conduzir o treinamento tendo em mente alguns princípios fundamentais:

- procurar ver saúde no contexto geral de vida;
- identificar as formas de conhecer e de pensar das pessoas;
- partir do conhecimento que os indivíduos têm do problema;
- compreender a importância do diálogo na comunicação e no processo ensino/aprendizagem;
- procurar aprender com os demais;
- devolver, sempre, ao interessado o resultado de qualquer estudo;
- reforçar o grupo no encaminhamento dos problemas;
- refletir, continuamente, sobre o trabalho realizado.

O treinamento dos agentes de saúde do Vale do Ribeira durou doze semanas, dez na sede do treinamento e nas localidades rurais e duas de estágio prático, nos centros de saúde de cada município. Na primeira semana de treinamento, as atividades foram: apresentação pelos alunos dos problemas de saúde dos seus bairros, discussão sobre a situação dos prédios onde iriam funcionar os postos, em cada localidade e apresentação da história de cada bairro.

Na seqüência, em termos de grupo, a necessidade que se colocava era: como fazer para conhecer os problemas do dia-a-dia do bairro? Como ficar

sabendo o conhecimento que as pessoas têm dos problemas? À medida que surgiam as idéias, eram debatidas. Ao final, se montou uma espécie de roteiro, que expressava, de forma geral, o modo como o agente de saúde deveria trabalhar na comunidade e o tipo de trabalho a desenvolver:

- ter boa comunicaçãocom os moradores;
- partir do conhecimento das pessoas do bairro e não dos próprios conhecimentos;
- aprender uns com os outros;
- devolver as perguntas aos moradores. Não tentar dar respostas prontas;
- dar tempo para as pessoas pensarem;
- juntar o maior número possível de habitantes quando discutir um problema;
- não se afastar dos moradores;
- partir dos problemas do dia-a-dia do bairro;
- conhecer melhor os problemas do bairro, por meio de: a) visitas às casas; b) reuniões; c) pesquisas (procurar fazer este trabalho em grupo); d) conversas descontraída, sem perguntas prontas; e) não deixar que as anotações atrapalhem a conversa;
- devolver ao bairro os resultados dos levantamentos dos problemas;
- tentar resolver os problemas juntamente com a comunidade;
- escolher, em conjunto com as pessoas do bairro, o que fazer em cada momento.

Os treinandos passaram, então, toda a semana seguinte nos bairros, desenvolvendo o estudo. Após o retorno, cada aluno relatou sua experiência.

O objetivo do levantamento realizado, além de conhecer os efetivos problemas de saúde que os moradores identificavam, era colher informações referentes às causas desses problemas e ao modo como tentavam resolvê-los. No levantamento de dados, utilizaram-se as informações obtidas nas visitas e nas reuniões. Os temas se entrelaçavam, de maneira que o que se falava nas casas em que esteve o agente de saúde podia ser o assunto do encontro seguinte. Na hora da reunião, os moradores discutiam amplamente os problemas, o modo de encará-los e as possíveis soluções. Um tema bastante solicitado era o conteúdo que os alunos estavam aprendendo no treinamento. Os dados obtidos nas entrevistas nos domicílios eram ou não anotados, dependendo da receptividade da família. Os assuntos abordados nas reuniões, entretanto, eram sempre registrados.

Durante as apresentações do levantamento, os instrutores procuravam identificar diferentes aspectos: como foi realizado o estudo, qual o número de

casas visitadas, como foram recebidos, como foi iniciada a conversa, de que forma os moradores colocaram os problemas, como se desenvolveu a conversa, quantas pessoas compareceram à reunião, como esta se processou, como foi a participação das pessoas, como o aluno sentiu o trabalho, que dificuldades e problemas teve, como os encaminhou.

Na tentativa de sistematizar os resultados do levantamento e planejar as demais etapas do trabalho, os instrutores solicitaram aos alunos um relatório individual. Para isto, elaborou-se o roteiro a seguir:

1) Quais as dificuldades que você encontrou para ter uma boa comunicação com as pessoas do bairro?
2) Quais os principais problemas que encontrou nas visitas?
3) Quais os principais problemas levantados nas reuniões e quais as conclusões a que o bairro chegou?
4) No levantamento que você fez, apareceu algum fator novo que tem influência na saúde?
5) O que você acha importante aprender para poder ajudar a resolver os problemas do bairro?
6) Como você se sentiu fazendo esse levantamento?
7) O que você acha que o bairro pensou desse levantamento, da reunião e dos resultados da reunião?

Após a leitura das respostas relativas a cada questão, na dependência da sua natureza, eram retiradas as conclusões, feitos agrupamentos por analogia do assunto, ou desenvolvida uma síntese das respostas.

As respostas à pergunta 5 foram, na realidade, o ponto inicial para seleção do conteúdo a ser aprendido no treinamento, pois já representavam uma síntese dos problemas que os alunos percebiam na comunidade, dos problemas relatados pelos moradores por ocasião das visitas e nas reuniões realizadas nos bairros.

A síntese dos relatórios individuais gerou uma listagem contendo 90 problemas de interesse. A natureza dos assuntos variou muito, desde dor de barriga, dor em volta do umbigo, até problemas de posse de terra, passando por doenças de senhoras, verminose, realização de partos e nefrite, entre outros. Frente a essa diversidade, os alunos foram encarregados de agrupar os problemas que tivessem, em sua opinião, alguma afinidade. Os agrupamentos sugeridos pelos agentes de saúde foram reagrupados, gerando dezoito grandes categorias de problemas, as quais representaram o conteúdo do treinamento que, a partir de então, orientaria o saber, o saber fazer e o saber ser dos agentes de saúde do Vale do Ribeira.

As concepções dos agentes de saúde do Projeto Devale sobre a sua prática são apresentadas na seqüência. Silva (1984) relata que os agentes de saúde

foram unânimes, durante as entrevistas, em afirmar que o trabalho que desenvolviam era importante para melhorar as condições de saúde nas comunidades em que atuavam.

A forma de expressão dessas conclusões, entretanto, variou bastante, o que pode ser atribuído às diferentes concepções de que eram portadores esses agentes acerca do sentido de seu trabalho.

> Foi por causa das dificuldades das pessoas de tomar ônibus para ir à cidade, sabe? É muito longe! As pessoas perdiam o ônibus, chegavam lá não tinha mais horário de consulta, perdiam tempo... Aí resolveram instalar esse postinho aqui. Foi devido a esses problemas.
>
> saiu esse projeto aí, que até botaram cartaz em armazém, venda, que ia ter uma inscrição, sabe, porque o lugar é um pouquinho maior e eles resolveram...
>
> Por que resolveram fazer? Acho que é porque é longe da farmácia, né? Pra chegar na farmácia mais próxima é 8km. Então não tem recurso nenhum. Eu acho que foi por isso (...) Eu acho que foi um levantamento mesmo do pessoal da saúde pública.
>
> Ah, porque falta de condições, né? Pro pessoal ir à cidade tratar sua saúde... Aí, resolveu fazer o postinho.
>
> Olha, eu... Foi porque ... porque fica muito longe, né? Pra ir daqui pra cidade, né? (...) E a turma aqui, o pessoal não tem assim uma condição, sabe?, financeira, de tar tomando ônibus pra ir pra lá. Como já acontece muito, que vem aqui no postinho, chega aqui, aí eu dou uma guia de exames, qualquer coisa, já não pode ir porque a situação financeira já não tá legal. Então, não dá pra ir, não é? E fica mais perto.
>
> Penso que é pela quantidade de gente que procura os médicos lá em..., e tudo. Então eles viram que a maior necessidade era aqui..., porque não é brinquedo a quantidade de gente que vai. Agora já diminuiu porque muita coisinha, eu estou resolvendo aqui mesmo... mesmo sem o remédio, só com chá caseiro (...) Já não precisa eles pagar ônibus, nem nada, e doente, né?, é duro pegar ônibus doente.

Ao avaliarem a importância do trabalho que realizavam, os agentes de saúde distinguiam duas dimensões: a primeira, referente à satisfação pessoal experimentada, pelo sentimento de sua utilidade, pela consciência de sua contribuição para minorar as dificuldades que a população rural enfrenta; e a segunda, relacionada à própria população e ao significado que o trabalho teria para ela. Em relação à primeira dessas dimensões:

> A gente fica contente porque vê que ajuda uma pessoa que necessita, né?
>
> A gente sente-se bem, pois está trabalhando pelos outros, não é? Tem muita gente que precisa, que precisa da gente...

Eu gosto. Eu gostei do negócio. Eu gosto de tratar crianças.

Eu sempre pensava em ajudar em alguma coisa aqui do bairro... Aí saiu isso e deu certo.

Meu sonho desde criança era esse trabalho.

Ainda em relação à satisfação pessoal, era evidente a consciência dos agentes no que diz respeito às propostas elaboradas para o seu trabalho, mesmo que as observações sobre a prática tenham revelado muitas limitações.

Eu acho que é muito importante ensinar para as pessoas o que eu sei... e o que elas sabem também ensinam, porque tem coisa que a gente não sabe, aprende com os outros.

É a oportunidade que a gente tem de trabalhar com o bairro, aprender com ele, conviver com ele, ver as necessidades dele, sentir mais os problemas do bairro.

Por referência à segunda dimensão, relacionada às necessidades da população, percebia-se primeiramente a idéia de estarem resolvendo ou encaminhando os problemas de saúde:

No início, a gente era inseguro... agora, ninguém fala em médico aqui.

O posto ajuda porque fica mais perto das pessoas.

O trabalho é importante porque a gente lida com a comunidade (...) A gente orienta eles...

A gente aqui explica tudo direitinho... Na farmácia eles só passam remédios, a pessoa nem fica sabendo para que serve.

O estado de saúde da população melhorou muito devido às orientações que a gente pode dar, como no caso das fossas.

O posto ajuda o pessoal, porque eles não precisam gastar dinheiro.

A população reclama muito quando o posto fica fechado, quando a gente sai para fazer visitas.

Ainda não conseguimos chegar ao ideal, porque é difícil, mas já melhorou bastante.

Tornava-se evidente a percepção de que o trabalho, para a população, ultrapassava as dimensões do mero atendimento às necessidades, possibilitando a abertura de um espaço para a discussão e o encaminhamento de outros problemas de saúde, em que as pessoas começavam a compartilhar seus problemas.

O trabalho do postinho vai além do atendimento. Eles se reúnem aqui, falam o que sentem, o que eles querem..., já têm aquela liberdade...

A gente aqui trabalha com a vontade do bairro.

As pessoas do bairro têm mais liberdade de discutir os seus problemas com os agentes do que em outros lugares.

As pessoas se sentem mais à vontade no atendimento.

A gente ensina para as pessoas tudo o que aprendeu no treinamento.

Os agentes de saúde também foram unânimes em afirmar que a população estava satisfeita com o funcionamento dos postos. Justificavam essa afirmação pelo fato de a demanda aumentar, a cada dia, e pelos comentários feitos sobre o atendimento recebido. Consideravam que a população confiava, cada vez mais, no trabalho desenvolvido e que vários fatores contribuíam para isto, sendo o mais importante a forma como eram tratados durante o atendimento e, conseqüentemente, a oportunidade de que dispunham para falar dos seus problemas. Para os agentes, a confiança no trabalho que desenvolviam traduzia-se, ainda, no atendimento às suas prescrições e no comparecimento, quase maciço, aos retornos agendados.

> Antes, a população procurava só leite e remédios, não sabiam do atendimento. agora, já se acostumaram.
>
> Eu acredito que a população gosta do trabalho porque cada vez aumenta mais gente, em vez de diminuir.
>
> Eles gostam do jeito porque a gente deixa eles mais à vontade, eles conversam entre si bastante, contam as necessidades, papeiam às vezes com as outras pessoas que vêm junto... (...) E a gente também vai explicando as perguntas, conversando, dando risada, porque isso daí sempre foi o meu tipo, assim... nessa base.
>
> A primeira coisa que eu fiz depois que eu voltei dos dois meses de treinamento: eu fiz uma visita assim no bairro, explicando o problema que eu tinha estudado... Eu fui de casa em casa explicando tudo e perguntando: qual os problema que você tem aqui?. E marquei uma reunião... então veio um bocado de gente. Então eles achavam que o maior problema que tinha aqui era o esgoto. Porque tem uma vala que atravessa o bairro todo e o esgoto cai dentro dessa vala e estava inundando tudo, e o esgoto estava tomando conta... e tinha que limpar aquilo ali. Então foi feito um mutirão para limpar e abrir aquela vala, e daí por diante eles me viram trabalhando e ficaram sabendo, por causa dessa reunião que eu fiz.
>
> Antes eles perguntavam, no começo, quando ia vir médico, se ia vir médico uma vez por semana... agora não tem mais esse negócio de médico, eles não procuram médico aqui, quando que vem médico, quando não vem...

O treinamento e a conseqüente habilitação proporcionada para o desenvolvimento das atividades foi avaliado, pelos agentes, em termos muito positivos. Entendiam que foi suficiente para resolver a maioria dos problemas, mas não se mostraram capazes de detectar as insuficiências.

Na análise feita sobre a prática dos agentes, Silva (1984) comparou as freqüências com que eram tomados os diversos tipos de conduta em relação aos motivos de demanda, pela população, e chamou a atenção, sobretudo, para uma baixíssima freqüência com que apareciam os tipos 'prescrição de dietas

terapêuticas' e 'orientações preventivas', especialmente, se comparadas à freqüência de prescrições de medicamentos industrializados.

Mais notável, entretanto, considerava a autora, era a quase ausência, no padrão de trabalho terapêutico dos agentes, da orientação preventiva. Eram consideradas como condutas pertencentes a este tipo todo o conjunto de orientações para a promoção de saúde (incluídas as discussões sobre as relações entre saúde e todos os tipos de determinantes tão intensa e extensamente presentes no treinamento), todas as medidas de higiene, nucleares no tratamento das doenças infecciosas e parasitárias e todas as medidas de prevenção específica e reabilitação dos agravos à saúde.

Também quando da análise das entrevistas com a população, a autora não evidenciou nenhum padrão de resposta indicativo da eventual captação de proposta integral de trabalho para o agente de saúde, conforme colocada anteriormente, em termos de seus três componentes básicos. A maioria da população entrevistada explicitou um tipo de resposta indicativo de captação da proposta apenas no seu componente de atendimento médico.

Nas conclusões do trabalho, a autora discute as condições que poderiam estar relacionadas às eventuais inadequações verificadas no trabalho desenvolvido pelos agentes em relação à proposta.

Em primeiro lugar, destacou o fato de o Departamento Regional de Saúde da SES não ter incorporado adequadamente o projeto às suas atividades. Ao contrário, pelas informações disponíveis, à Direção do Departamento não interessava o desenvolvimento do projeto, na medida em que o consideravam como um veículo para o desenvolvimento de atividades 'subversivas'. Assim, a idéia inicial de que o Projeto Devale viria a se constituir na própria programação de trabalho do Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira, até o período estudado (março de 1983), não chegou a se concretizar. O projeto sobreviveu graças ao empenho da equipe de coordenação. Esse fato teria influenciado a forma como se desenvolveram, na prática, algumas atividades de apoio vitais ao projeto.

Como decorrência disto, limites institucionais – entre os quais a sistemática de desenvolvimento de determinadas atividades que não atendiam à forma e ao espírito do projeto – dificultaram a operacionalização através de um processo de orientações conflitantes e, às vezes, até opostas. Entre os limites institucionais, mereceram destaque a forma de supervisão adotada em relação aos postos de saúde e a descontinuação do processo de treinamento, entre outros.

A sistemática de supervisão adotada parecia insuficiente, no aspecto quantitativo, pelo menos, para cumprir plenamente os objetivos – como elevar a qualidade dos serviços prestados e contribuir para o aperfeiçoamento do pessoal, entre outros. O modo como era realizada essa atividade constituía-se em fator

ainda mais limitante quando se considerava o seu desenvolvimento distante das situações reais de trabalho do agente de saúde e das dificuldades relatadas pela equipe de coordenação do projeto quanto à disponibilidade de recursos materiais. Entre estas, se destacam as relacionadas a veículos e combustível, além de outras de diferentes naturezas, que forçaram, às vezes, a diminuição das já tão escassas oportunidades de encontro entre agentes e supervisores, para debater sobre o trabalho.

O processo de capacitação dos agentes de saúde, imaginado originalmente como permanente, não foi além da primeira fase. Este fato, aliado às dificuldades operacionais para realizar a supervisão, permitiu que se tirassem conclusões parciais sobre a importância das limitações institucionais na explicação das inadequações detectadas na prática dos agentes de saúde, se referenciado o estudo dessa às propostas que a originaram. Outras dificuldades relatadas também foram consideradas como impondo limites às práticas dos agentes: a ausência de equipamentos para o atendimento a crianças, a gestantes, bem como a irregularidade no fluxo de material de consumo e de medicamentos.

Segundo Silva (1984), por não dispor, muitas vezes, do instrumental básico para desenvolver as atividades para as quais estava sendo treinado e por não encontrar espaço para discutir sobre o trabalho nas condições mais próximas à realidade, o agente de saúde do Devale dificilmente poderia reproduzir as propostas que originaram o projeto e que nortearam o treinamento. Por estes motivos, o esforço que fazia para manter o padrão de trabalho implicava, freqüentemente, o desgaste pessoal.

A análise dos registros das observações referentes ao relacionamento do agente com a clientela referiam, na totalidade dos casos, a existência de um clima de confiabilidade, amizade e descontração, do qual não estava ausente o respeito mútuo. Isto indica, em mais uma dimensão, o cuidado com que o agente procurava desempenhar suas funções.

Ao se analisarem as informações obtidas com as entrevistas com a população, confirmou-se que os postos de saúde eram realmente procurados e valorizados, e os agentes de saúde, bem conceituados pela competência e dedicação com que desenvolviam o seu trabalho. Ainda segundo a autora:

> *À medida que esses e aquela nunca tiveram acesso regular e ampliado a serviços de saúde, tendem a compartilhar uma mesma expectativa em relação a eles. Pode dar-se que as posições críticas e "pedagógicas" que nortearam o Projeto queimem etapas em relação a essas expectativas, isto é, não seja possível o desenvolvimento de uma cultura que relativize a efetividade dos cuidados 'médicos' sem antes conhecê-los e utilizá-los. As entrevistas feitas com os agentes, assim como as feitas com a população, mostram uma identificação entre a melhora das condições de saúde e o conhecimento/utilização dos recursos tecnológicos da*

medicina; se essa identidade pode ser relativizada de uma perspectiva crítica mais global, que parte inclusive da experiência acumulada com o uso em larga escala daqueles recursos, é muito difícil alcançar esse tipo de concepção a partir da carência quase total deles. Isto não invalida, entretanto, de forma alguma, as bases conceituais que presidem o andamento do Projeto, mas pode apenas significar, mais provavelmente, que o tempo de manutenção requerido para que uma avaliação identificasse seu pleno desenvolvimento não tenha sido ainda alcançado. (Silva et al., 1986)

Programa de Agentes Comunitários de Saúde do Estado do Ceará (Pacs-Ceará), 1987

Para a caracterização do Pacs do Ceará e dos aspectos relacionados ao agente de saúde, utilizaram-se dados e informações obtidos de diferentes fontes, em especial, do Relatório de Projeto de Avaliação coordenado pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, e desenvolvido, em 1990, por Minayo et al., com o apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef). O objetivo do estudo foi identificar os fatos mais importantes gerados no processo de implementação do Programa Agentes de Saúde do Ceará, em especial:

- a potencialidade da proposta com relação à saúde da população;
- as mudanças em alguns indicadores de cobertura de ações de saúde;
- a qualidade das ações executadas pelos agentes de saúde;
- as mudanças nas atitudes e no comportamento das comunidades em relação à proteção à saúde;
- as mudanças na situação de saúde da população-alvo.

Segundo o relatório, a idéia de implantar um programa que incorporasse agentes de saúde já fazia parte do Plano de Governo do Estado, em 1987, no Ceará. A ocorrência de seca de inusitadas proporções e a decisão de abertura de 'frentes de trabalho' para a população de diferentes regiões do Estado em situação mais crítica precipitou o início do Programa. Nestas circunstâncias, o Estado identificou a possibilidade de empregar, a curto prazo, em atividades de promoção da saúde, milhares de moradores de áreas carentes cuja remuneração seria garantida com os recursos dos fundos especiais de emergência, destinados pelo Governo Federal. (Minayo et al., 1990).

Ainda segundo o relatório, entre setembro de 1987 e agosto de 1988, 6.113 pessoas foram contratadas – 95% mulheres – em 118 municípios do sertão cearense. Após treinamento de duas semanas, elas trabalharam, durante seis a doze meses, desenvolvendo ações básicas de saúde: terapia de reidratação oral, vacinação, orientação para estímulo ao aleitamento materno, entre outras.

Algumas características das providências tomadas nesta contingência diferenciaram a ação governamental da rotina dos últimos 30 anos. As decisões sobre a seleção do pessoal que receberia salário, que deveria ser o mais pobre, e sobre as obras e atividades para serem executadas, foram tomadas por Grupos de Ação Comunitária - G.A.C.- interinstitucionais, especialmente constituídos. Foi contratado um número limitado de pessoas com relação ao passado, chegando-se ao máximo de 235.000 no primeiro trimestre de 1988, à razão de um por família. O pagamento das pessoas cadastradas foi em dinheiro e não em mercadorias. Um salário mínimo foi o valor da remuneração mensal, igual para todos, sensivelmente superior à média local. As atividades executadas, em sua grande maioria, foram em áreas públicas ou de propriedade de pequenos agricultores, evitando-se beneficiar grandes proprietários e dirigindo-se a muitas pequenas obras de interesse comunitário. (Minayo et al., 1990)

Foi nesse contexto que aconteceu, no Ceará, a primeira experiência de trabalho em ampla escala com agentes comunitários de saúde, "representando uma tentativa de trabalhar para o desenvolvimento e para o futuro, mesmo em uma crise aguda, na qual o objetivo primordial era a sobrevivência" (Minayo, 1990).

Com o fim do período mais crítico de estiagem, o programa de governo mais amplo foi sendo desativado. O Programa dos Agentes de Saúde, entretanto, teve outro destino. As manifestações das comunidades assistidas e as ponderações dos técnicos levaram o governo do estado a concluir pela manutenção e expansão do programa, agora financiado com recursos do Tesouro do estado (Minayo et al., 1990).

Assim, iniciou-se a do Programa de Agentes de Saúde do Ceará em quarenta e cinco municípios do interior, entre setembro de 1988 e julho de 1989. Por meio de documentos oficiais da SES e de outras fontes, os autores do estudo identificaram os objetivos do programa, as atribuições dos agentes de saúde, assim como outros aspectos de interesse para a caracterização da proposta, aqui reproduzidos.

O objetivo geral do programa seria melhorar a capacidade da comunidade de cuidar da própria saúde. Já os objetivos específicos, de algum modo, expressavam a expectativa em relação à atuação dos agentes de saúde: reduzir o risco de morte ligado ao parto para a mãe e a criança; aumentar a proporção de mães que alimentam os filhos exclusivamente ao seio até quatro meses de vida; reduzir os óbitos causados pela desidratação resultante da diarréia.

O programa previa, em cada um dos municípios envolvidos, atender as necessidades de saúde de toda a população. Outra idéia-chave era "empregar, em áreas entre as mais pobres do Estado, um número relevante de mulheres que assim melhorariam a sua condição social e, possivelmente, estimulariam um posicionamento mais ativo de outras mulheres na sociedade".

Quanto às ações a serem desenvolvidas pelos agentes de saúde, citavam-se:

- *Visitar regularmente (pelo menos uma vez por mês) as famílias da área e, com maior intensidade, as que têm crianças menores de 2 anos e gestantes, para: ensinar conhecimentos úteis, incluindo nutricionais, para prevenção e atenção precoce a agravos; fornecer medicamentos antitérmicos; executar curativos de feridas, pesagens periódicas das crianças menores de 2 anos (com acompanhamento na curva de crescimento) e medição do perímetro braquial das gestantes. Haveria o acompanhamento de 50-100 famílias nas áreas rurais e 150-250 nas áreas urbanas por agente.*
- *Encaminhar às Unidades de Saúde para diagnóstico e terapia, para controles preventivos, particularmente pré-natal, e para prevenção do câncer gineco-obstétrico; encaminhar às Unidades de Saúde para vacinação.*
- *Promover, organizar ou colaborar com reuniões da comunidade, para discutir e enfrentar assuntos de saúde. Promover, organizar ou colaborar com atividades na própria comunidade, como vacinação ou obras de saneamento.* (Minayo et al., 1990).

Os agentes de saúde deveriam trabalhar com outros integrantes da comunidade que, tradicionalmente, já executavam ações de saúde, como as parteiras leigas, os curandeiros locais e outros agentes. Também havia a indicação de que deveriam promover uma atitude ativa e participativa das famílias e da comunidade para a proteção da saúde.

Em termos de seleção, por se exigir residência na comunidade assistida, os agentes não poderiam ser contratados mediante um concurso público convencional. Este aspecto, aliado à necessidade de participação popular, orientou a decisão de que seriam eleitos pela comunidade.

Em relação ao treinamento e supervisão dos agentes de saúde do Ceará, cada grupo de 20 ou 30 agentes vinculava-se a um supervisor de nível superior, em dedicação exclusiva ou, no mínimo, por 20 horas semanais de trabalho. O treinamento incluía uma capacitação inicial de 60 dias sob responsabilidade da supervisão municipal, com ênfase às ações de educação e de promoção da participação comunitária.

Rapidamente, a implementação do programa, no Ceará, atingiu os 45 municípios, selecionando 1.701 agentes de saúde, atendendo a mais de 170 mil famílias e cobrindo uma população de 850 mil habitantes (13,8% do estado), em julho de 1989. Em setembro de 1990, o programa já funcionava em 84 municípios, com 2.905 agentes que cobriam 290.000 famílias e, aproximadamente, 1.450.000 habitantes (23,5% do estado; 33% do interior). Nos municípios em que atuavam, os agentes cobriam uma parcela significativa da população, de 40 a 100%, com média aproximada de 80%.

No começo do programa, o vínculo de trabalho dos Agentes foi efetivado através de Bolsa, paga pelo Tesouro estadual.

Os resultados positivos apontados pelo estudo de Minayo et al., em termos de ampliação do acesso das pessoas, da importância e da presença dos agentes nas comunidades, da confiança depositada pela população, da atitude e do compromisso evidenciado no trabalho, bem como na melhoria de determinados indicadores como cobertura vacinal, controle de câncer cérvico-uterino, indicadores de qualidade do trabalho e até na redução de doenças que se podem prevenir por imunização, na queda da mortalidade infantil por diarréia foram muito importantes para a continuidade e ampliação do programa, no estado e no país e para a proposição, pelo Ministério da Saúde, do Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs), em 1991. Também as recomendações acerca das dificuldades e os principais desafios apontados no relatório foram importantes no processo.

Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (Pnacs) – Fundação Nacional de Saúde – Ministério da Saúde – 1991

O Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde teve seu início em 1991, na região Nordeste do Brasil. Em uma segunda fase, abrangeu parte da região Norte. A idéia inicial era que, em 1992, o Pnacs já estivesse implantado na periferia das grandes capitais e áreas carentes que, ao longo dos anos, vinham apresentando taxas de morbi-mortalidade elevadas.

A justificativa para implantação do programa prendia-se à existência de inúmeras "experiências de atenção primária" em quase todo o Brasil, aos excelentes resultados alcançados, por muitas delas, ao integrar o agente à equipe, não apenas como um elo entre o sistema de saúde e a população mas, principalmente, por sua capacidade de resolver ou evitar parte dos problemas que ocasionavam o congestionamento do sistema de assistência à saúde. Referiam também a significativa contribuição dos ACS, ao oferecer procedimentos simplificados de ações de saúde voltados para práticas de medicina preventiva, para a diminuição da morbi-mortalidade no Brasil e, por conseqüência, para o Sistema Único de Saúde. Também serviram de referência, para o Ministério da Saúde assumir o programa, as avaliações de impactos positivos em diversos locais, entre os quais, o Ceará, o Vale do Ribeira, São Paulo e a contribuição dos agentes no combate à epidemia de cólera.

O propósito do programa, referido através do apoio técnico e financeiro às iniciativas estaduais e municipais na implantação de projetos de agentes comunitários de saúde, seria contribuir para a municipalização e a implantação do Sistema Único de Saúde – hierarquizado, regionalizado e com possibilidade

de acesso universal. O Pnacs também visava a estender a cobertura dos sistemas públicos de saúde às populações rurais e das periferias urbanas, priorizando a população materno-infantil.

O objetivo geral era expresso em termos de melhoria, através dos agentes comunitários de saúde, da capacidade da população de cuidar de sua saúde, transmitindo-lhe informações e conhecimentos, além de proporcionar a ligação entre a comunidade e os serviços de saúde locais. Os objetivos específicos, por sua vez, incluíam capacitar os agentes para executar trabalhos de primeiro nível de atenção à saúde, garantindo cuidados à população com um grau de resolubilidade compatível com sua função, contribuindo para a extensão da atenção à saúde; garantir o trabalho do agente integrado com a equipe da unidade de saúde a que estivesse vinculado; fortalecer a ligação entre serviços de saúde e comunidade; ampliar o acesso à informação sobre saúde na comunidade; cooperar com a organização comunitária, no trato com os problemas de saúde.

No documento de orientação e treinamento dos agentes de saúde, o Trabalho do Agente Comunitário de Saúde, datado de junho de 1994, identificam-se os princípios que geraram a idéia do programa:

- um programa estratégico para contribuir na redução da mortalidade materno-infantil;
- um instrumento para provocar a discussão da organização e ou reorganização dos Sistemas Locais de Saúde (Silos);
- um aglutinador de forças sociais para viabilizar a criação e ou a implementação dos conselhos municipais de Saúde;
- um mecanismo concreto para a interiorização de enfermeiros e, sobretudo,
- uma ponta de lança para mobilização e organização das comunidades.

A área de atuação inicial do Pnacs foi a região Nordeste, onde assumiu como prioridades do trabalho do agente ações de educação em saúde, de mobilização da comunidade e de atenção ao grupo materno-infantil. Na região Norte, no entanto, a implantação ocorreu em caráter emergencial, para fazer frente à epidemia de cólera.

Com base na experiência do Ceará, definiram-se os critérios de seleção dos agentes: ter mais de 18 anos, saber ler e escrever, dispor-se a concluir o 1º grau, morar há mais de dois anos na comunidade, dispor de oito horas por dia para o trabalho.

O recrutamento e a seleção dos agentes de saúde eram desenvolvidos em oito fases:

- preparação das coordenações estadual, municipais e articulação com o Conselho Municipal de Saúde;

- mobilização em que os coordenadores municipais articulavam-se, mobilizavam a comunidade e divulgavam o processo;
- inscrição;
- elaboração da prova;
- aplicação da prova escrita;
- realização de entrevistas (individuais e grupal);
- classificação e publicação dos resultados;
- contratação do agente como bolsista.

Após essas fases, verificava-se o treinamento dos coordenadores regionais e dos instrutores: supervisores municipais, a organização e o treinamento dos agentes.

O coordenador/supervisor deveria, obrigatoriamente, ser enfermeiro, e dispor de, no mínimo, 20 horas semanais para o programa.

Nos documentos do Ministério que normatizam o Pnacs, explicita-se a preocupação da coordenação nacional do programa com a desvinculação de qualquer ingerência político-partidária no processo de recrutamento e seleção dos agentes, condição importe para o bom desempenho do programa.

Em termos de treinamento dos agentes, era previsto que eles teriam uma capacitação que lhes permitisse uma visão abrangente da situação de saúde e habilitação específica para atenção à saúde da comunidade. O processo de aprendizagem não implicava apenas o domínio das técnicas das ações básicas de saúde; fazia-se necessário que o agente compreendesse a comunidade, entendesse seus problemas e a estimulasse a modificar sua relação com a saúde. Assim, o conteúdo da capacitação corresponderia às ações e atividades a desenvolver. O método pedagógico utilizaria a integração ensino/trabalho.

O documento Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde – roteiro de atividades para o coordenador municipal de Saúde – foi elaborado pela coordenação nacional com a colaboração de vários coordenadores estaduais, para os coordenadores municipais. Nele são explicitados os princípios que norteiam o processo de capacitação dos agentes.

Chama a atenção, no conteúdo do programa de treinamento inicial, o capítulo 1: *O agente comunitário de saúde – um agente de mudança*, em quatro partes.

A primeira parte – *Saúde* – pretendia que o agente aprendesse a conceituar saúde, com a finalidade de identificar e analisar as condições de saúde da sua comunidade. Para isso ele precisaria "aprender o que é saúde e quais as condições de vida que promovem ou deixam de promover a saúde".

A segunda parte – *Saúde e vida comunitária* – visava possibilitar que os alunos aprendessem a conceituar vida comunitária, no sentido de estabelecer a relação entre vida comunitária e a promoção da saúde.

Na terceira parte – *As atividades do agente comunitário de saúde* – as ações propostas para o agente eram consideradas de reconhecida utilidade e eficácia, para diferentes comunidades. Poderiam, entretanto, ser adaptadas e/ou ampliadas de acordo com a realidade de cada Estado, região ou município, assim como com a situação epidemiológica, a cada momento. Os três eixos principais de atuação dos agentes: educação e saúde, mobilização da comunidade e atenção ao grupo materno-infantil eram assim expresso, nas seguintes ações propostas:

- estimular continuamente a organização comunitária;
- participar da vida da comunidade, principalmente através das organizações, estimulando a discussão das questões relativas à melhoria da qualidade de vida;
- fortalecer os elos de ligação entre a comunidade e os serviços de saúde;
- informar aos demais integrantes da equipe de saúde da disponibilidade, necessidades e dinâmica social da comunidade;
- orientar a comunidade para utilização adequada dos serviços de saúde;
- registrar nascimentos, doenças de notificação compulsória e de vigilância epidemiológica e óbitos;
- cadastrar todas as famílias de sua área de abrangência;
- identificar e registrar todas as gestantes e crianças de 0 a 6 anos de sua área de abrangência, por meio de visitas domiciliares;
- de saúde (acompanhamento a gestantes e nutrizes; incentivo ao aleitamento materno; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança; garantia do cumprimento do calendário de vacinação e de outras vacinas que se fizerem necessárias; controle das doenças diarréicas; controle da infecção respiratória aguda; orientação quanto a alternativas alimentares; utilização da medicina popular);
- promoção de ações de saneamento e melhoria do meio ambiente;
- promoção da educação em saúde.

A quarta parte do primeiro capítulo tratava da importância do trabalho do agente comunitário de saúde: *O agente comunitário de saúde mobilizando a comunidade; o agente comunitário de saúde conhecendo a comunidade*.

Para o treinamento, elaborou-se o *Manual do Agente Comunitário de Saúde*. Uma preocupação muito evidente da coordenação do programa dizia respeito aos processos de treinamento e educação continuada. E não era apenas com a questão técnica, mas, principalmente, com o componente político do programa. Para apoiar os instrutores supervisores enfermeiros responsáveis pelos agentes, nos municípios, elaboraram-se muitos manuais e, principalmente, textos de apoio ao trabalho.

Assim, em *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*, editado em 1991, desenvolvem-se detalhadamente conceitos e conselhos sobre como trabalhar com saúde, o que é o agente, como trabalhar com a comunidade e fazer o diagnóstico comunitário. Em 1994, lançou-se uma segunda edição, revista por todos os coordenadores estaduais e assessores do Pacs. Na terceira, já em 2000, identificam-se alterações de conteúdo, defendidas como importantes para atender à evolução do trabalho dos agentes e contemplar a inserção em equipes de saúde da família.

Outra publicação com o mesmo objetivo – o texto de apoio Ações Básicas de Saúde e Desenvolvimento da Criança – trazia, além de ensinamentos sobre o SUS, direitos sociais e cidadania, o papel do agente nesse processo, o detalhamento de conceitos e orientações sobre: desenvolvimento da criança, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, imunização, controle de doenças diarréicas e de infecções respiratórias agudas.

Nos depoimentos a seguir, podem-se observar concepções sobre o agente comunitário de saúde do Pacs, suas funções e sua identidade:

Ao estimular a formação dos agentes, não se pretende que eles venham a substituir ou preencher o papel de outros profissionais de saúde que lutam no sentido de garantir uma melhor assistência à população. Acredita-se que, por serem pessoas do povo, não só se assemelham nas características e anseios deste povo, como também preenchem lacunas, justamente por conhecerem as necessidades desta população.

> Acredito que os agentes são a mola propulsora para a consolidação do Sistema Único de Saúde, a organização das comunidades e a prática regionalizada e hierarquizada de assistência, na estruturação dos distritos sanitários.
>
> Ser agente de saúde é ser povo, é ser comunidade, é viver dia a dia a vida daquela comunidade.
>
> É passar pela rua, pela favela, pelo barraco e sentir que o seu povo necessita do seu trabalho e com o seu trabalho, ela pode ajudar a viver melhor.
>
> É conhecer todas as famílias e sentir em todas elas a sua família. É sentir que os filhos de todas as mães são um pouco seus filhos.
>
> É ser o elo de ligação entre as necessidades de saúde da população e o que pode ser feito para melhorar suas condições de vida.
>
> É ser a ponte entre a população e os profissionais e serviços de saúde.
>
> O Agente Comunitário é o mensageiro de saúde de sua comunidade. (Dirigente da Fundação Nacional de Saúde)
>
> Ser agente comunitário de saúde é, antes de tudo, ser alguém que se identifica, em todos os sentidos, com a sua própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem, costumes; precisa gostar do

trabalho. Gostar, principalmente, de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com destino de morrer ainda criança ou de ser burro. Nós vivemos conforme o ambiente.

É preciso ver que saúde não é só uma coisa de doutor e que favelado tem que cuidar de saúde, sim.

É obrigação dos agentes comunitários de saúde lutar e aglomerar forças em sua comunidade, município, estado e país, em defesa dos serviços públicos de saúde, pensar na recuperação e democratização desses serviços, entendendo que é o serviço público que atende à população pobre; é preciso torná-lo de boa qualidade. Precisamos lutar por outros fatores que são determinantes para a saúde como: trabalho, salário justo, moradia, saneamento básico, terra para trabalhar e participação nas esferas de decisão dos serviços públicos. (Agente comunitária de saúde, Recife)

A principal estratégia de preparação de agentes comunitários de saúde teria como base a mobilização da comunidade, que deveria respaldar o desenvolvimento e o fortalecimento do trabalho cotidiano. A informação e a discussão do Pnacs com a comunidade eram colocadas como os principais meios para isso, sendo que a sensibilização das comunidades deveria permear todas as etapas de implantação do programa.

A interação e o relacionamento dos agentes com a estrutura profissional da enfermagem era uma dos temas que mais levantavam controvérsias. O Fórum de Entidades Nacionais da Enfermagem – composto pela Associação Brasileira de Enfermagem, Conselho Federal de Enfermagem, Federação Nacional dos Enfermeiros e União Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem – integrava, desde 1991, a comissão consultiva à coordenação nacional do Pnacs com a finalidade de elaborar um anteprojeto e, em articulação com a coordenação nacional, participar do acompanhamento, avaliação e supervisão da implantação do projeto. A preocupação das entidades nacionais da enfermagem de que a incorporação de agentes comunitários de saúde para o desenvolvimento de ações básicas de saúde, algumas delas identificadas com as da enfermagem, pudessem significar um aumento do contingente de trabalhadores sem qualificação, como os atendentes, levou-as a assumir uma posição de questionamento e até de enfrentamento ao Ministério da Saúde.

Se inúmeras foram as oportunidades de negociação, tanto nos estados quanto no âmbito federal, alguns foram os entendimentos. Em um compromisso assumido pela Fundação Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, se garantia às entidades da enfermagem que, após a capacitação inicial dos agentes em ações básicas de saúde, mobilização e educação sanitária, haveria continuidade do processo de formação, com a finalidade de habilitá-los em auxiliar de enfermagem comunitário. Deveria também viabilizar-se, mediante entendimentos

com o sistema educacional, a continuidade da escolaridade para nível de 1º grau, paralelamente à formação profissionalizante – atendendo ao que estabelece o Conselho Federal de Educação e a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem no país. Em agosto de 1991, a presidente da Fundação Nacional de Saúde e os Dirigentes das Entidades Nacionais de Enfermagem (Conselho Federal de Enfermagem, Associação Brasileira de Enfermagem e Federação Nacional dos Enfermeiros) assinaram, em Brasília, um termo de compromisso, inclusive de responsabilidade sobre o financiamento da formação.

Em 1992, o Pnacs perdeu o termo *nacional*, passando a chamar-se Pacs. Assinaram-se convênios entre a FNS/MS e as secretarias estaduais de Saúde para repasse de recursos para custeio do programa e o pagamento, sob a forma de bolsa, no valor de um salário mínimo mensal aos agentes.

Em 1993, o PACS já abrangia 13 estados das regiões Norte e Nordeste, com 29 mil agentes comunitários de saúde atuando em 761 municípios. A estratégia definida previa a ampliação, em 1994, para novos municípios das mesmas regiões, bem como para o Centro-Oeste.

Em novembro de 1994, as secretarias estaduais de saúde coordenaram uma avaliação do programa em oito estados, realizada por universidades e apoiada pelo Unicef. Na ocasião, o Programa já se encontrava implantado em 987 municípios do país, de 17 estados das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, e incluía um total de 33.488 agentes. A idéia da coordenação nacional era que um olhar externo, especialmente das universidades, pudesse identificar os pontos positivos e as necessidades de ajustes e reorientações.

No documento Avaliação Qualitativa do Pacs, descreve-se o estudo desenvolvido entre setembro e novembro de 1994. Na metodologia adotada, incluíram-se entrevistas com os usuários. Entre os vários aspectos positivos apresentados, citam-se o reconhecimento dos usuários pelo trabalho do agente comunitário de saúde em importantes reflexos na cobertura vacinal, na terapia de reidratação oral; no início precoce dos exames pré-natais, no conhecimento dos agentes pelo nome, quando comparados os dados obtidos para população coberta e não coberta pelo programa. Ao lado das evidências positivas, o relatório da pesquisa sugere necessidade de aprimorar o processo de supervisão dos agentes e da sua formação profissional. Além desses aspectos, o relatório aponta para uma articulação insuficiente do agente com outros profissionais e com os serviços de saúde, e do programa com o sistema de saúde dos municípios onde está implantado.

Programa de Saúde da Família (PSF) – FNS/MS –1994

O Programa de Saúde da Família foi idealizado em 1993 e oficializado em 1994, mas a sua expansão nacional efetiva ocorre a partir de 1995 (Viana & Dal Poz,1998). Desde o início, a concepção do programa era de fazê-lo um instrumento de reorganização do SUS e da municipalização, estando definido que sua implantação deveria privilegiar áreas de maior risco social. A partir de 1995, são definidos e institucionalizados mecanismos e patamares de financiamento e muitos municípios passam a se interessar pelo programa, particularmente, aqueles com uma estrutura de atenção básica ainda pouco desenvolvida.

Em final de 1993, foi divulgado, pelo Ministério da Saúde, o primeiro documento sobre o PSF, resultado de uma reunião com vários secretários estaduais e municipais de Saúde, professores universitários, especialistas e técnicos.

O PSF é apresentado, nessa primeira versão, como um modelo de assistência à saúde que visa a desenvolver ações de promoção e proteção à saúde do indivíduo, da família e da comunidade, utilizando o trabalho de equipes de saúde responsáveis pelo atendimento na unidade local de saúde e na comunidade, no nível de atenção primária.

Entre os pontos principais da proposta, destacam-se:

- cada equipe básica do PSF seria responsável pela cobertura de uma área geográfica onde habitassem de 800 a 1.000 famílias. Este critério poderia ser alterado, em função das condições de acesso e da densidade demográfica do município;
- as equipes do PSF seriam compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes de saúde. A estrutura das equipes poderia ser modificada de acordo com a realidade local. Caberia ao Sistemas Locais de Saúde (Silos) garantir a supervisão e a atualização dos profissionais;
- a equipe do PSF deveria residir na comunidade onde iria atuar e trabalhar em regime de dedicação exclusiva. Posteriormente, tendo em vista as dificuldades, esse critério de residência ficou como obrigatório apenas para o agente comunitário de saúde;
- cada pessoa da família receberia atenção integral da equipe do PSF, independentemente da idade e do estado de saúde. As equipes seriam responsáveis pela execução de ações para prevenção e controle da incidência de doenças;
- o PSF seria a porta de entrada ao sistema de saúde em todas as localidades onde estivesse implantado;

- o controle da qualidade de serviços prestados pelo PSF e a avaliação do desempenho profissional da equipe de saúde seriam exercidos por grupos de supervisão, pelos Conselhos de Saúde e pelas comunidades atendidas;
- os objetivos apresentados:
  - melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência, voltado à família e à comunidade, que inclua desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças.
  - divulgar o conceito de saúde como qualidade de vida e direito do cidadão;
  - promover a família como o núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população, em um enfoque comunitário;
  - prestar atendimento básico de saúde, de forma integral, a cada membro da família, identificando as condições de risco para a saúde do indivíduo;
  - proporcionar atenção integral, oportuna e contínua à população, no domicílio, em ambulatórios e hospitais;
  - agendar o atendimento à população, com base nas normas dos programas de saúde existentes, sem descartar a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares;
  - humanizar o atendimento e estabelecer um bom nível de relacionamento com a comunidade;
  - organizar o acesso ao sistema de saúde;
  - ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do atendimento no sistema de saúde;
  - promover a supervisão e a atualização profissional para garantir boa qualidade e eficiência no atendimento;
  - levar ao conhecimento da população as causas que provocam as doenças e os resultados alcançados na sua prevenção e no seu tratamento;
  - incentivar a participação da população no controle do sistema de saúde.

A população-alvo do PSF seria, prioritariamente, residente nas áreas delimitadas no Mapa da Fome do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), de acordo com as características geográficas e a distribuição da população, em cada município. A escolha das áreas onde seria implantado o Programa deveria, também, observar os seguintes critérios:

- realização de mapeamento das áreas do município indicadas para a implantação do Programa;
- interesse da comunidade em participar do PSF;

- necessidades de saúde locais; demanda por serviços;
- oferta atual de serviços;
- existência de apoio para o diagnóstico e tratamento de doenças, consultas especializadas e hospitais que assegurem o atendimento adequado e a eficiência do Programa;
- disposição da administração municipal em adotar o modelo de assistência à saúde proposto pelo PSF e em participar do seu financiamento.

Quanto à participação social, as equipes não deveriam atuar isoladamente, mas buscar, sempre que possível, a parceria com os diversos segmentos da sociedade. Para garantir a participação ativa da comunidade, deveriam desenvolver-se ações de educação e promoção da saúde, com a difusão permanente de informações. Assim, seria possível aumentar a participação das organizações populares no planejamento, execução e avaliação do programa, bem como contribuir para o controle social das ações e serviços de saúde.

As instituições privadas e as entidades sem fins lucrativos também deveriam ser estimuladas a colaborar com o Programa, fornecendo material para as unidades de saúde e moradia para os profissionais do PSF.

O treinamento e a supervisão dos profissionais eram aspectos já referidos, com ênfase. A formação básica dos profissionais de saúde integrados ao PSF deveria ser direcionada para esse modelo de atenção, o que exigiria qualificação técnica e identificação com os objetivos do trabalho.

A identificação de um dos principais desafios para realização do programa – a capacitação das equipes – levou o ministério a incentivar a organização de pólos regionais de capacitação, um movimento de articulação com as universidades. Houve, também, grande investimento, em especial nas articulações e na produção de material didático para a capacitação dos agentes comunitários de saúde.

Documentos do Ministério da Saúde de 1997 e 1998 reforçam o entendimento do PSF como uma estratégia para reorganização do modelo de atenção básica à saúde, no país:

> *O objetivo do PSF é a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir do seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.* (Brasil. Ministério da Saúde, 1998)

Quanto aos princípios que orientavam a atuação das unidades básicas sob o enfoque de saúde da família, eram referidos:

- caráter substitutivo: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde;
- integralidade e hierarquização: estar inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde e vinculado à rede de serviços, de forma a garantir a referência e contra-referência sempre que forem requeridas ações mais especializadas;
- territorialização e adscrição de clientela: trabalhar com território de abrangência definida e população cadastrada, recomendando-se que cada equipe seja responsável, no máximo, por 4.500 pessoas;
- equipe multiprofissional: cada equipe de saúde da família deverá ser composta, minimamente, por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde.

No documento Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial, de 1997, são reforçados pontos centrais do programa. O primeiro é o estabelecimento de vínculos, bem como a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. A perspectiva, segundo essa fonte, faria com que a família passasse a ser o objeto precípuo de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive.

> *Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constróem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social. As ações sobre esse espaço representam desafios a um olhar técnico e político mais ousado, que rompa os muros das unidades de saúde e enraíze-se para o meio onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam.* (Brasil. Ministério da Saúde, 1997)

O segundo ponto é o fato de que o PSF caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados.

Ainda nessa publicação, o Ministério nega a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia.

> *Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio de eqüidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.* (Brasil. Ministério da Saúde, 1997)

A análise dos objetivos colocados para o PSF, nos documentos de 1997 e 1998, aponta para diferenças em relação à primeira proposição, de 1993:

- *Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.*
- *Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita.*
- *Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta.*
- *Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde.*
- *Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população.*
- *Propiciar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais.*
- *Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde.*
- *Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida.*
- *Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.* (Brasil. Ministério da Saúde, 1997)

Nessa estratégia, assim aparecia a previsão de atribuições do agente comunitário de saúde:

> *O ACS desenvolverá suas ações nos domicílios de sua área de responsabilidade e junto à unidade para programação e supervisão de suas atividades. São suas atribuições básicas:*
>
> *- realizar mapeamento de sua área de atuação;*
>
> *- cadastrar e atualizar as famílias de sua área;*
>
> *- identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;*
>
> *- realizar, através de visita domiciliar, acompanhamento mensal de todas as famílias sob sua responsabilidade;*
>
> *- coletar dados para análise da situação das famílias acompanhadas;*
>
> *- desenvolver ações básicas de saúde nas áreas de atenção à criança, à mulher, ao adolescente, ao trabalhador e ao idoso, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças;*
>
> *- promover educação em saúde e mobilização comunitária, visando uma melhor qualidade de vida mediante ações de saneamento e melhorias do meio ambiente;*
>
> *- incentivar a formação de conselhos locais de saúde;*

- *orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde;*
- *informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades;*
- *participação no processo de programação e planejamento local das ações relativas ao território de abrangência da unidade de Saúde da Família, com vistas à superação dos problemas identificados.* (Brasil. Ministério da Saúde, 1997)

Em dezembro de 1997, uma Portaria Ministerial estabelece a prioridade, no Plano de Metas do Ministério da Saúde, para os Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, estimulando a sua expansão em todo o território nacional. Na Portaria, reconhecem-se, ainda, o Pacs e o PSF como importantes estratégias "para contribuir no aprimoramento e na consolidação do Sistema Único de Saúde, a partir da reorientação da assistência ambulatorial e domiciliar". No mesmo instrumento, são aprovadas normas e diretrizes para o Pacs e o PSF, entre as quais diretrizes operacionais para o trabalho dos agentes comunitários de saúde, nos dois programas.

Em um documento datado de 1999, o Ministério da Saúde conceitua atenção básica como um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção dos agravos, o tratamento e a reabilitação. A ampliação do conceito é considerada necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. A organização da Atenção Básica é relacionada à Lei n. 8.080, e aos princípios do SUS: saúde como direito; integralidade da assistência; universalidade; eqüidade; resolutividade; intersetorialidade; humanização do atendimento; participação popular.

A vinculação institucional dos agentes é um tema que desde a primeira proposição do Pnacs já aparecia como um dos principais desafios a enfrentar na implantação do Programa. Na época da publicação do último documento referido, a forma de contratação dos agentes, a sua vinculação, continuava sendo um dos pontos de maior preocupação, tendo em vista a necessidade de mantê-los na sua comunidade e, ao mesmo tempo, de proporcionar-lhes as garantias da legislação do trabalho. Muitos têm sido os movimentos do Ministério da Saúde, mas essa situação, até a conclusão deste livro, permanecia ainda como uma das pendências.

Em dezembro de 1998, após cinco anos de funcionamento, o PSF estava implantado em 24 estados (ausente apenas em Roraima, Amapá e Distrito Federal), 1.219 municípios, com 3.119 equipes. Avaliação desenvolvida pelo Ministério da Saúde, em 1999, demonstrou que 83% dos municípios implantaram o PSF entre 1997 e 1998, sendo que apenas o Ceará e Santa Catarina tinham

um número maior de municípios com implantação anterior a 1997. Era também o Ceará, desta vez com Minas Gerais, que apresentava o maior número de municípios com o programa em atividade (Brasil. Ministério da Saúde, 1999).

No Estado de São Paulo, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde, eram referidos, até o final de 1999, 111 municípios com o PSF e 98 municípios com o Pacs, abrangendo um total de 2 725 agentes comunitários de saúde e 237 equipes de saúde da família.

O número acima referido, entretanto, não incluía São Paulo (capital), pois o PSF em funcionamento não estava vinculado ao Município, mas ao Estado, em decorrência de opção política municipal por outro sistema, o PAS. O Programa de Saúde da Família, no município de São Paulo, iniciado em 1996, recebeu a denominação de Projeto Qualis – Qualidade Integral em Saúde – e, embora calcado no modelo dos PSF, apresentou, desde o início, particularidades, por referência à proposta nuclear, tanto em relação à forma de gestão, operacionalizada através de parcerias do Estado com organizações sociais, quanto à organização das atividades assistenciais, ao se inserir em um contexto diferenciado, uma metrópole como São Paulo.

Uma tentativa de síntese das propostas apresentadas possibilitará a identificação de pontos importantes, aspectos nucleares da conformação da identidade do agente de saúde, tema central deste livro. Os aspectos discutidos nesta síntese serão retomados tendo em vista a discussão da identidade e a identificação de analogias e especificidades entre os sujeitos de propostas anteriores e os agentes comunitários de saúde do Qualis. Assim, estarão sendo identificadas "tipologias de agente comunitário" que existiram, em determinados momentos e contextos históricos.

Na realidade, quando se analisam, em uma primeira aproximação, as propostas colocadas, identificam-se, de um lado, características básicas comuns e, de outro, expressões de uma grande variabilidade, nos acordos construídos, na prática, em torno do agente de saúde nas suas diversas concepções e denominações, acordos esses que se refletem em especificidades importantes do perfil ocupacional. Portanto, embora bastante parecidos, esse agentes, poder-se-ia dizer, serão sempre um tanto quanto diferentes, de acordo com os contextos e momentos históricos em que se inserem.

Quanto ao contexto histórico em que emergiram e à justificativa e objetivos apresentados, a Sesp e a F.Sesp, que a substituiu, teve sua origem em contexto de esforço de guerra, ligada, desse modo, a questões econômicas de manter ou assegurar a higidez da força de trabalho: trabalhadores e seus familiares. Com o passar do tempo, a F.Sesp passou a responsabilizar-se pela prestação de serviços de saúde, aí incluídos os de saneamento básico a populações definidas, nos municípios onde estava instalada ou se instalou por solicitação de governos estaduais.

Já o Piass foi proposto como expressão de política pública, em contexto de regime de exceção, no bojo de medidas que visavam à manutenção da estrutura de poder dominante. As justificativas e os objetivos expressavam a preocupação com as populações marginais que viviam sob condições de extrema pobreza e o propósito de diminuir a marginalidade social e produtiva, em um primeiro momento, nos estados da região Nordeste.

Quanto ao Projeto Devale, viabilizado após decisão política de expansão nacional do Piass, caracterizava-se, evidentemente, como iniciativa de extensão de cobertura e de interiorização de ações de assistência à saúde e saneamento. Apesar de ter as mesmas raízes, o Piass Nordeste e o do Vale do Ribeira diferenciaram-se, logo de início, em alguns pontos fundamentais, como se pôde observar, em especial na expectativa de atribuições e de impacto das ações dos agentes de saúde. O Piass era coordenado por um grupo de médicos e enfermeiros sanitaristas que destacavam, na atuação do agente, a promoção dos direitos sociais e da cidadania. O Departamento Regional de Saúde do Vale do Ribeira, ao qual o programa estava oficialmente ligado, na época, em 1981, não o assumiu como política do Estado e, pelo contrário, muitos foram os problemas que a equipe de Coordenação teve para implantar e desenvolver o projeto.

O Pacs do Ceará, em suas origens, é proposto em um contexto de emergência social e econômica, de calamidade pública. A ênfase, no primeiro momento, era o programa "frentes de trabalho", como gerador de emprego e renda. Já na segunda fase de implantação do Programa, foi deslocada para o agente de saúde a viabilização de uma política de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde, que muito se assemelhava às desenvolvidas pelos auxiliares de saúde do Piass do Nordeste.

Inspirado na experiência do Ceará, do Devale e de muitos municípios brasileiros que implantaram propostas similares a partir da eleição direta para prefeitos, assumindo algumas diretrizes básicas do programa do Ceará, o Pnacs (posteriormente Pacs) aparece em um contexto de redemocratização do país, do primeiro Presidente da República eleito após o regime militar. No Plano de Ação do Governo Federal para o Ministério da Saúde, estava prevista, entre outras metas, a contratação de 100 mil agentes comunitários de saúde. Um diálogo permanente entre a coordenação nacional e as coordenações estaduais do programa, a definição de mecanismos de financiamento, os resultados obtidos nas regiões onde estava sendo instalado, garantiram os movimentos, a articulação e as ações técnicas necessários à consolidação da proposta. Mais uma vez, o sujeito da estratégia era o agente de saúde, selecionado na área onde iria trabalhar.

O PSF, por sua vez, embora concebido posteriormente e lançado também como proposta oficial do Ministério da Saúde, não representava uma substituição do Pacs. Surgiu para responder a necessidades e articulações de muitos locais e,

até por esta razão, teve uma expansão importante. Convive-se, hoje, no país, com os dois programas que foram propostos e justificados para a reversão, em regiões específicas, de condições adversas de saúde e de acesso a serviços e, como conseqüência, de seus reflexos, indicadores desfavoráveis de morbi-mortalidade.

Quanto ao sujeito de realização das propostas, a F.Sesp não tinha o agente de saúde, mas o visitador sanitário, auxiliar que, ao lado do 'atendimento de enfermagem' a crianças e gestantes sadias e a outros grupos prioritários e atividades de 'pós-consulta', na unidade, desenvolvia atividades em visitas domiciliares e na comunidade. O seu perfil, pode-se dizer, era diferente do requerido para o agente de saúde.

Em primeiro lugar, ele não era recrutado na população. As pessoas do município que se interessavam e possuíam o equivalente ao atual 2º grau completo inscreviam-se para a seleção que constava de prova e entrevista. Era o que se poderia chamar de agente institucional assumido. Não havia dúvidas quanto a isso e nem expectativa que ele desenvolvesse qualquer mobilização popular, mas um trabalho de discussão com a população sobre como encaminhar e prevenir problemas de saúde. As suas ações incluíam a educação para a saúde, orientações, acompanhamento de crianças, gestantes e adultos, ações de prevenção e monitoramento de doenças, controle de parteiras leigas. Ele, como toda a unidade de saúde, tinha metas a cumprir – de vacinas, de gestantes, de crianças, de tuberculosos a serem detectados e atendidos. A sua referência era o enfermeiro, tanto para o treinamento, quanto para a supervisão, e ele efetivamente realizava ações e procedimentos relacionados à prática de enfermagem.

Ao contrário dos outros programas aqui descritos, a ênfase do trabalho da F.Sesp, para o cumprimento de sua missão, não se colocava no agente, mas no conjunto dos profissionais organizados em uma unidade de saúde, a qual tinha uma programação com metas a cumprir.

Já a viabilização da política de extensão de cobertura e de interiorização das ações de saúde e saneamento, no caso do Piass, assentava-se na atuação de um sujeito, recrutado na própria comunidade onde iria atuar, o auxiliar de saúde. O trabalho deste indivíduo, desenvolvido a partir de uma unidade básica de pequena estrutura, os minipostos rurais, deveria atingir toda a população da localidade. Para isso, contaria com uma participação da população – pelo que se deduz, de natureza bastante utilitarista.

A estrutura de suas atividades envolvia uma grande variedade de ações, desde a prevenção de doenças transmissíveis, a educação para a saúde, ações de saneamento básico, até o atendimento das doenças mais freqüentes, na localidade. O atendimento implicava a realização de atividades e de procedimentos caracterizados como da área de enfermagem e até, em muitos casos, incluía o diagnóstico e o tratamento dessas patologias, conforme padronização institucional.

A principal diferença, conforme já se observou, entre o Piass Devale e os seus congêneres do Nordeste, referia-se ao rol de atividades definido para o sujeito encarregado de viabilização do Programa e, por conseqüência, à expectativa do impacto de sua atuação. Pela análise do Projeto Devale, consegue-se identificar, no conjunto de ações propostas para o sujeito – denominado agente de saúde –, dois componentes principais. O primeiro se poderia considerar mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, a intervenção para promoção da saúde ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. Ao lado deste, outro que parecia ter uma importância fundamental na concepção do programa era o componente que se identifica como político, não apenas de solidariedade à população, de discutir saúde no contexto geral de vida, mas no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições. O agente deveria ser um elemento de transformação social e não apenas de reorientação da concepção e da realização do modelo de atenção à saúde. Essa é uma dimensão importante e diferenciada da proposta do Projeto Devale em relação aos demais. Um reflexo muito importante disso é evidenciado na concepção do treinamento inicial, na metodologia, na definição e no desenvolvimento do conteúdo.

Há fortes evidências de que, com raras exceções, os agentes de saúde do Vale do Ribeira, embora tenham assumido, com o tempo, um perfil, uma identidade mais institucional, mantiveram bastante intensa a solidariedade com a população, grupo de onde se originaram e pelo qual foram eleitos.

Com relação ao Pacs do Ceará, identifica-se uma diferença entre os dois momentos – o de emergência, em função da seca, e o do Programa de Agentes de Saúde, propriamente dito – em vários aspectos, desde o rol de ações, o treinamento e a supervisão, até no relacionamento com a população.

Já o Pacs Nacional, desde o início, guardou muitas analogias, mas também muitas especificidades em relação a seu principal inspirador, o programa do Ceará. Em primeiro lugar, a negociação, durante todo o processo, com as entidades da enfermagem. Como conseqüência, em um primeiro momento, o compromisso de que, com o apoio técnico e financeiro do Ministério, os agentes seriam formados em auxiliar de enfermagem comunitário.

Uma segunda característica, também importante para a conformação da identidade profissional do agente: a coordenação Nacional do Pacs exigia, nas negociações com os estados e os municípios, que o supervisor/instrutor do trabalhador fosse um enfermeiro e não um profissional de nível superior, como se defendia no Ceará. Essa condição ocasionou uma verdadeira 'caça a enfermeiros', por parte dos municípios e estados que se dispuseram a implantar o Programa. As repercussões da exigência para a inserção e valorização profissional do enfermeiro são muito evidentes, inclusive na intensificação da

demanda para os cursos de enfermagem, em todo o território nacional. A coordenação do Pacs ainda hoje exige a presença de um enfermeiro para treinamento e supervisão dos agentes. A iniciativa, entretanto, de formá-los em auxiliar de enfermagem comunitário foi reavaliada, até em função das realidades locais e não mais colocada no cenário de possibilidades.

Na recuperação histórica desse sujeito de viabilização de políticas de saúde cabem, ainda, duas considerações, de ordem bem geral, acerca das atribuições do agente de saúde, da expectativa de impacto de suas ações e da sua relação com a comunidade de onde se originou.

Quanto ao primeiro aspecto, ressalta-se a idéia de que o trabalho do agente, na maioria das propostas, ultrapassava as dimensões de um mero atendimento às necessidades, ou seja, tratava-se do trabalho e de algo mais do que o trabalho; da saúde e do que transcendia a concepção mais restrita de saúde. Porém, a identidade de profissão apresentava-se como muito tênue. Estas idéias serão desenvolvidas ao longo deste estudo.

Abordam-se, aqui, um pouco a sua relação do agente com a instituição e com a comunidade, interações fundamentais para a conformação de sua identidade. Os primeiros agentes de saúde do Ceará eram, talvez mais – ou exclusivamente – da comunidade. Eles vinham das frentes de trabalho, eram pessoas quaisquer, não eram nem selecionadas, não lhes era exigido perfil. Eram pessoas que vinham para trabalhar, não eram nem agentes da comunidade, nem faziam parte dela; não a representavam. Mas essa não era uma preocupação, porque eles eram muito mais representantes mesmo sem saber, de uma maneira que é quase do senso comum. Quando se consideram os agentes de outras propostas, parece evidente, com o tempo, uma predominância da referência à instituição e não tanto à comunidade de onde se originaram.

Em síntese, ainda que se identifiquem aspectos comuns entre todos os programas aqui referidos, cada contexto e os seus atores introduziram, certamente, diferenças importantes em cada um dele. Consideram-se a negociação local, o contexto, os agentes, os demais sujeitos e a sua relação, como as condições mais importantes para as características de concepção e de viabilização dessas propostas de política, em cada um dos locais e momentos históricos.

O Programa de Saúde da Família no Município de São Paulo – Qualis/PSF

ANTECEDENTES E CONTEXTO

A Constituição brasileira de 1998 contemplou a saúde como um direito social, cuja garantia é responsabilidade de cada um e de todos e, em especial,

do Estado, assegurando duas condições básicas: políticas públicas – econômicas e sociais para a redução de riscos – e acesso a todos os brasileiros a serviços e ações de saúde.

Assim, a Carta Magna de 1988 e a legislação que a sucedeu abrem novas perspectivas para reforço e legitimação/legalização de novos modelos de organização da assistência que assegurem os princípios e as diretrizes do Sistema Único de Saúde, entre os quais, a universalidade, a integralidade e a eqüidade.

Conforme já se mencionou, no começo dos anos 90, o Ministério da Saúde assumiu a implantação, em nível nacional, do Pacs. A evolução dos Pacs e seus resultados, os processos nos locais onde foram implantados, o processo de acompanhamento fizeram com que, em alguns locais, fossem introduzidas transformações. Esse processo evoluiu para a institucionalização, em meados da década de 90, do PSF. Nesse ínterim, implantaram-se outros Pacs e PSFs em vários municípios, com graus variados de êxito na implantação e nos resultados observados.

Aparecem alguns relatos mais otimistas, outros mais moderados, todos, entretanto, ressaltando os resultados positivos e as perspectivas do modelo, benefícios e possibilidades enquanto estratégia para cumprimento dos ditames constitucionais e para melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Quando se consideram as diferentes propostas, consegue-se identificar que, na sua trajetória de implantação, nas diferentes regiões, em especial nos anos 90, a justificativa dos PSFs tem seguido quatro eixos principais de argumentação, eixos esses perseguidos em paralelo e cuja sustentação, em termos de lógica, referem-se a:

- ampliação do acesso;
- racionalidade técnica e econômica, enfocando tanto a racionalização das atividades para o sistema e para o paciente, como os aspectos econômicos, de otimização de recursos, inclusive de custos para o paciente: fazer o melhor, de maneira menos dispendiosa, possibilitando a ampliação do acesso às ações de saúde a um número maior de pessoas;
- humanização do atendimento, em várias expressões e significados, entre os quais, a recuperação do vínculo na relação profissional de saúde/paciente, família, comunidade;
- integralidade do atendimento, em duas principais perspectivas, complementares e articuladas. Em uma, trabalha-se a abordagem integrada e integral do indivíduo, em sua dimensão de cidadão (biopsicossocial), de cidadão na família e da família na comunidade, o que implica, além de uma postura diferenciada de cada um dos agentes do trabalho, uma atuação articulada de equipe multiprofissional e de equipamentos e níveis de atenção. Já a outra tem como base um conceito

do processo saúde-doença. Implica uma abordagem e a articulação multi-setorial para o êxito nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da comunidade.

Nessas perspectivas, aparece, como referência privilegiada para a realização da proposta, a constituição/atuação de equipes de saúde da família integradas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro agentes comunitários de saúde, com responsabilidade por oitocentos a mil famílias residentes em uma área geográfica determinada (Brasil. Ministério da Saúde, 1997).

Uma função muito especial está reservada ao médico de família e ao agente comunitário de saúde para a viabilização do modelo e, por conseqüência, do resultado das intervenções, ao estar centrado no desenvolvimento de cuidados permanentes e preventivos e não na doença e no hospital (Jatene, 1998).

Quando se consideram as zonas urbanas, a inserção desse tipo de programa assume várias especificidades e características outras, ampliando as necessidades de análise e de abordagem, na medida em que se inserem em sistemas de saúde mais complexos, já estruturados, com uma história, uma lógica complexa, inclusive na relação público/privado, com motivações e interesses variados.

Na cidade de São Paulo, onde as iniciativas anteriores desembarcaram de forma muito tímida, e não sistematizadas, o novo modelo de PSF foi implantado, em abril de 1996, com a denominação de Projeto Qualidade Integral em Saúde (Qualis) – em três áreas da capital.

A Região Metropolitana da Grande São Paulo, na década de 70, foi objeto do Plano Metropolitano de Saúde (PMS), proposta da Secretaria de Estado da Saúde, com financiamento do Banco Mundial, com o envolvimento das prefeituras dos municípios da região. Especificamente para a zona Leste da capital, foi prevista a instalação de uma rede hierarquizada de serviços de saúde, com a construção de unidades básicas e de hospitais de referência.

Nessa mesma região, no final dos anos 80, implantou-se, também por iniciativa do governo estadual, o Programa de Consultórios de Médico de Família, mediante co-gestão entre a Secretaria de Estado de Saúde e a Casa de Saúde Santa Marcelina, entidade filantrópica religiosa já instalada na zona Leste, com um importante hospital. Para o novo programa, a proposta de atuação seguia o modelo cubano, com o médico de família trabalhando com um auxiliar de enfermagem e residindo na área de abrangência. Foram abertos, inicialmente, 17 consultórios de família, na região. A experiência, entretanto, por diferentes motivos, não se ampliou. Em 1995, eram apenas sete os consultórios de médicos de família, na área.

Considera-se que essa experiência teve, certamente, influência na implantação e no desenvolvimento do Qualis, na região Leste da capital. Os consultórios remanescentes do Programa de Médicos de Família, as unidades

básicas, foram aproveitados e a população do local já trazia uma experiência de participação, o que deu um tom, certamente, específico ao novo programa assumido pela Casa de Saúde Santa Marcelina. Além disso, antigos médicos de família ocuparam, de imediato, funções de formuladores, coordenadores e viabilizadores da nova estratégia.

Em novembro de 1995, após um período de negociações, o Governo do Estado de São Paulo assumia, em articulação com o Ministério da Saúde e em parceria com uma entidade filantrópica, a Casa de Saúde Santa Marcelina, a implantação do PSF, no município de São Paulo, com a denominação de Projeto Qualis – Qualis I. Apresentam-se, a seguir, as justificativas que faziam parte da proposta inicial.

- Existência de unidades básicas de saúde pertencentes à rede da SES-SP nas quais não se havia efetivado a fixação de profissionais de saúde, dentro da política tradicional de recursos humanos, por vários anos.
- Existência de equipes treinadas e com experiência, disponíveis para contratação, possibilitando a viabilização do funcionamento das UBS em curto prazo.
- Expectativa das comunidades das áreas referidas no que concerne ao atendimento de suas necessidades básicas de saúde, com manifestações expressas através de vários abaixo-assinados e solicitações de reuniões com a SES-SP.
- Viabilidade e interesse de utilização das UBS como campo avançado para aperfeiçoamento técnico profissional de residentes de clínica médica, pediátrica, ginecologia, medicina geral e comunitária, internato médico e profissionais de enfermagem sob supervisão do Centro de Estudos e Escola de Enfermagem da Casa de Saúde Santa Marcelina.
- O fato de a Casa de Saúde Santa Marcelina ser uma instituição filantrópica reconhecida pelos serviços prestados à comunidade da região.
- Alta demanda primária e secundária atendida nos ambulatórios e pronto-socorro da Casa de Saúde Santa Marcelina.
- Experiência prévia entre a SES-SP com a Casa de Saúde Santa Marcelina, parceiros no Projeto Médico de Família, implantado em 1989.
- Interesse de reorganização e aumento de qualidade na prestação de serviços de saúde dos núcleos regionais III e V, da SES.

Como objetivo geral do projeto, constava a reorganização do modelo assistencial, tendo por base a promoção, proteção, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação da saúde, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. Já os objetivos específicos eram:

- promover o conceito de saúde como um direito de cidadania e como qualidade de vida;
- promover a família como núcleo básico da abordagem no atendimento à saúde da população em um enfoque comunitário;
- prevenir as doenças e identificar fatores de risco aos quais a população está exposta;
- fornecer atenção integral, oportuna, contínua e de boa qualidade nas áreas básicas de saúde à população adstrita, seja no nível domiciliar, ambulatorial ou hospitalar;
- atender a população adstrita, preferencialmente através de agendamento, obedecendo às normas dos programas de saúde existentes, preservando, a possibilidade de atendimentos eventuais e domiciliares;
- buscar a humanização do atendimento e, através do inter-relacionamento da equipe com a comunidade, proporcionar maior satisfação do usuário;
- racionalizar o acesso e o fluxo do sistema de saúde (do nível de atenção primária até os de maior complexidade);
- estimular a extensão da cobertura e a melhoria da qualidade do atendimento no sistema de saúde;
- garantir, aos profissionais do PSF, supervisão, educação continuada, cursos de capacitação e treinamentos para se aprimorar;
- divulgar, junto à população envolvida, os dados produzidos pelos serviços, bem como informações sobre os fatores determinantes de doenças;
- incentivar a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social.

Depois de pouco mais de um ano de funcionamento, com uma cobertura de apenas 1% da população do município, considerou-se que o Qualis apresentava resultados extremamente positivos e uma aceitação de mais de 90% da população residente na área de abrangência. Ao lado destes resultados favoráveis, identificaram-se também alguns problemas que, segundo a coordenação estadual, não deveriam ser reproduzidos quando da expansão do modelo para outras áreas da capital. Entre estes, citavam-se a descontinuidade da área abrangida e as insuficiências detectadas no funcionamento da retaguarda especializada, o que afetava os mecanismos de referência e contra-referência e a plena eficácia do modelo.

Foi com base nesses resultados e no conhecimento desses problemas que surgiu a proposta de expandir o Projeto Qualis/PSF para os subdistritos de Vila Nova Cachoeirinha, Parque São Lucas e Sapopemba. Nestas localidades, existiam duas unidades de saúde do Estado reformadas ou construídas, além de outras oito em funcionamento precário.

Assim, em outubro de 1997, ampliou-se o Projeto Qualis com a parceria com a Fundação Zerbini – Qualis II, com a instalação de unidades básicas de saúde e de dois ambulatórios de especialidades, nas regiões Norte e Sudeste da capital. A idéia era a articulação também com os hospitais mais próximos, o que asseguraria a retaguarda para aqueles casos que tivessem indicação de internação. Também os exames complementares – tanto laboratoriais como de imagens – estariam assegurados. Nem a Fundação Zerbini, nem os coordenadores do Qualis II viveram o Programa de Médico de Família, o que deveria expressar-se em especificidades quando da comparação da proposta e da realização dos dois projetos de Qualis. Essa abordagem, entretanto, embora os dados disponíveis permitissem o seu aprofundamento, por fugir aos objetivos do trabalho, não foi considerada quando da análise dos dados empíricos.

Até o final de 1998, foram implantadas, no Qualis Santa Marcelina, 40 equipes de saúde da família, atuando em 12 unidades e com um ambulatório de especialidades, tendo sido cadastradas 25.628 famílias, ou 102.783 pessoas. No Qualis II, para o mesmo período, foram implantadas 35 equipes, sendo 22 na zona Norte e 13 na zona Sudeste, com dois ambulatórios de especialidades, atendimento em saúde bucal e saúde mental, uma casa de parto em Sapopemba, tendo sido cadastradas 32.129 famílias, ou 121.768 pessoas.

Eram assim colocadas as atribuições do agente comunitário de saúde do Projeto Qualis/PSF:

- atuar de acordo com as diretrizes e normas do PSF;
- integrar a equipe de saúde da família, participando de todas as atividades de diagnóstico, planejamento e avaliação das ações individuais e coletivas, visando à proteção e à promoção da saúde da comunidade;
- desenvolver ações educativas junto à população, priorizando os grupos de maior vulnerabilidade, como gestantes, crianças menores de 5 anos, idosos, portadores de doenças crônicas, visando à conquista da saúde;
- estimular, junto com os demais integrantes da equipe, a participação popular, no sentido de que a comunidade amplie a sua consciência sobre os problemas de saúde e seus determinantes, visando a sua superação;
- identificar situações de risco individual e coletivo, e desenvolver ações de vigilância com vistas à redução da morbi-mortalidade e ao controle das doenças;
- participar ativamente das ações de educação continuada e dos cursos de capacitação profissional visando ao desenvolvimento do seu papel profissional e como agente de mudanças;

- acolher o usuário de forma humanizada, ouvindo seus problemas e solicitações, dando as respostas adequadas de acordo com sua competência;
- cadastrar as famílias de sua área de abrangência e atualizar periodicamente os dados sobre nascimentos, óbitos e doenças;
- registrar corretamente as ações desenvolvidas e as informações colhidas na comunidade;
- encaminhar doentes à unidade de saúde e realizar acompanhamento específico de acordo com a orientação da sua equipe de saúde;
- realizar visitas domiciliares sistematicamente às famílias cadastradas;
- notificar as doenças e participar das ações de vigilância epidemiológica e sanitária;
- estimular ações de saneamento e melhoria do meio ambiente na sua área de atuação;
- desenvolver ações básicas de saúde pertinentes à sua função tais como: incentivo ao aleitamento materno, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, verificação das carteiras de vacinação, orientação de gestantes e nutrizes, uso de sais de reidratação oral;
- atuar de forma integrada a outras instituições relacionadas à saúde da comunidade;
- não divulgar informações recebidas durante as visitas domiciliares a quaisquer pessoas que não pertençam à equipe de saúde;
- notificar imediatamente a equipe mudanças de endereço de família da área;
- executar toda e qualquer outra atividade incluída no campo de ação de sua função;
- notificar imediatamente a equipe, caso venha a transferir seu domicílio para outra área.

Em síntese, o Projeto Qualis emerge em um contexto geográfico e político específico, uma grande metrópole, São Paulo, caracterizada tanto pela concentração de recursos materiais e humanos na área de saúde como pela desigualdade social e de acesso a serviços. A cidade de São Paulo vivia, na ocasião, uma determinada conjuntura política em que a prefeitura implantava um modelo de assistência à saúde dissociado do SUS. O convênio para o Qualis foi feito, então, mediante convênio entre a Secretaria de Estado da Saúde e uma instituição filantrópica, privilegiando a zona Leste, que já havia abrigado uma proposta alternativa de atenção básica à saúde, o Projeto Médico de Família, bem como tinha sido palco de uma série de movimentos populares, que se

desdobraram na instalação de equipamentos sociais e no desenvolvimento de relações entre Estado e comunidade com base na participação popular.

Abre-se, assim, um importante mercado de trabalho para indivíduos residentes nas áreas de abrangência do projeto. Até o fim de 1998, contrataram-se 300 agentes comunitários de saúde. Eles foram incluídos em equipes de trabalho que contavam com um médico, um enfermeiro e um ou dois auxiliares de enfermagem, com proposta de atuação para a unidade básica, o domicílio e a comunidade.

A equipe deveria fazer reuniões de supervisão, em que se discutissem casos e situações. Seu trabalho seria orientado pela vigilância à saúde: fazer as visitas mensais às famílias, desenvolver ações para a promoção da saúde e a prevenção de doenças, principalmente ações educativas e controlar os grupos de maior risco. O preenchimento dos dados diários de produção e a contabilização mensal conformariam o seu ritmo de trabalho e o conteúdo básico das visitas.

Nessas condições, no contato relativamente mais íntimo com os demais profissionais e com o trabalho assistencial da unidade, em comparação com experiências do tipo dos agentes do Piass, foi sendo conformada a sua identidade. A sua relação com a população deveria estar pautada pela busca da humanização do atendimento; ao mesmo tempo, o agente comunitário de saúde teria como função incentivar a organização da comunidade com vistas ao controle social.

2

O Agente Comunitário de Saúde: uma identidade em construção

As Teorias

Para caracterizar o agente comunitário de saúde que atua em área metropolitana e discutir as especificidades e analogias em relação ao perfil de agentes de saúde de propostas que, em determinados momentos históricos, foram implantadas no Brasil, lançou-se mão da apresentação e discussão, no capítulo anterior, de políticas de saúde, do seu contexto de proposição e de realização, da conformação e organização das respectivas modalidades de atenção, de sua inserção nos sistemas de saúde e da expectativa de participação de pessoal auxiliar de saúde na realização dos objetivos dessas políticas. Também, no interior dessas propostas, identificaram-se aspectos que conformavam o perfil profissional do agente de saúde, enquanto inserido em contextos específicos.

Apresenta-se, aqui, a apreensão das dimensões envolvidas na construção da identidade ocupacional-social do agente de saúde através de discussão de quatro blocos temáticos. O primeiro refere-se à profissão, especialmente na sua relação com o saber, e à regulamentação das profissões. O segundo diz respeito à relação entre identidade e organização do trabalho, distinguindo-se o pólo mais burocrático e o mais profissional, conformados na dependência das regras mais ou menos bem definidas pela instituição e do respaldo social do trabalho. No terceiro bloco, destaca-se a identidade no pertencer a um grupo, que define os que estão dentro e os que estão fora dele, buscando-se identificar as condições que determinam a coesão e, por oposição, a sua diferenciação de outro. No quarto e último bloco, analisam-se as características dos modalidades assistenciais dominantes na área da saúde e as respectivas funções previstas para os profissionais. Mais uma vez, a organização do serviço contribuindo para a conformação da identidade ocupacional-social, não só pela definição das regras, mas pela relação estabelecida pelos profissionais com os indivíduos e os grupos sociais.

Procurou-se caracterizar, para cada uma das abordagens e dimensões referidas, a existência de tipologias identificáveis, quais seriam as combinações possíveis entre essas dimensões. Em outros termos, buscou-se identificar quais as condições que favorecem a emergência de um determinado perfil ocupacional/profissional como o do agente comunitário de saúde e do seu rol de competências/ responsabilidades, seus limites e possibilidades de atuação, suas necessidades.

PROFISSÃO, PROFISSIONAIS E PROFISSIONALISMO, A REGULAMENTAÇÃO DAS PROFISSÕES

Quando se pensa em profissão, em profissional, surge logo a idéia do saber para a prática como categoria privilegiada e na participação de vários sujeitos na conformação do trabalho, na divisão e na complementaridade dos atos. A apreensão concreta das dimensões do desempenho do agente de saúde, bem como das ações e das interações que integram o seu desempenho e conformam o seu perfil, foi feita tendo por base modalidades de organização da oferta de serviços.

Uma abordagem também suscitada pela discussão da identidade profissional refere-se a aspectos envolvidos com o surgimento e a legitimação das profissões nas sociedades. Nas sociedades atuais, a existência de uma determinada organização profissional interfere muito na forma pela qual as equipes se organizam e dividem o seu trabalho. Com relação a este aspecto específico, partiu-se da premissa que, em sociedades mais estruturadas, caracterizadas por um sistema de saúde mais complexo, por uma organização profissional estruturada, por um mercado de trabalho já regulamentado, a presença/inserção de um trabalhador de saúde, sem uma referendada qualificação profissional, obedecia a determinados limites em termos de perfil, competências e organização tecnológica do trabalho. No caso específico do agente de saúde, historicamente, como se viu, sempre ocorreu uma disputa em termos de jurisdição, de espaço de atuação com o pessoal de enfermagem, mesmo que ele nunca tenha atuado sob essa jurisdição.

Assim, compreender a relação entre o agente comunitário de saúde e a organização da enfermagem no Brasil – questão que, conforme já se adiantou, emergiu desde a proposta do Pnacs pelo Ministério da Saúde –, compreender a relação entre o agente de saúde e a missão/tarefa de cuidar foram aspectos necessários e importantes para os objetivos deste estudo.

Tomando esse pressuposto em uma perspectiva mais radical, poder-se-ia imaginar que não seria possível a existência do agente comunitário de saúde, conforme sua formulação inicial (de competências, de prática) em área metropolitana. Em contraposição, um outro ângulo de abordagem informava que havia combinações possíveis entre essas características; que poderiam ser

observadas diferentes situações em relação ao aparecimento de um determinado perfil ocupacional. Contudo, em última análise, assumia-se que esses macrocondicionantes combinados, segundo contexto histórico e social, determinavam as características, a feição e o perfil de trabalho desses agentes, seus limites e possibilidades.

É impossível discutir conceitos como profissão e profissional, sem que se proceda a uma contextualização desses conceitos, sua evolução histórica, já que se afirma que são histórica e socialmente determinados (Machado, 1992).

A defesa das profissões, segundo uma abordagem do seu papel na sociedade, é classicamente caracterizada na obra de Durkheim. No prefácio da 2ª edição de *Da Divisão do Trabalho Social*, ele apresenta a idéia de que à corporação profissional caberia a função de "garantir uma nova ordem moral na sociedade moderna, de importância para gerir conflitos e para a garantia da democracia" (Durkheim, 1973).

A importância das corporações era por ele justificada, principalmente, pela influência moral que tiveram, no decorrer da história, quando pessoas do mesmo ofício eram unidas por laços estreitos. Para Durkheim, no momento em que, em uma sociedade, os indivíduos têm idéias, interesses, sentimentos, ocupações em comum e, por isso mesmo, se procuram e se associam. A partir daí, se forma, pouco a pouco, um grupo restrito, com "fisionomia especial, no seio da sociedade geral", do qual emana uma autoridade moral que reproduz as condições sob as quais foi concebido. O autor defende que a subordinação dos interesses particulares a um interesse mais geral é a origem de todo o arcabouço moral de uma sociedade.

Além da sociedade, segundo o autor, os indivíduos se beneficiam quando os grupos profissionais se formam. Se a vida associativa é limitante para o indivíduo, é também fonte de segurança, de alegrias, de prazer, de segurança por comungar um mesmo conjunto de regras.

Lembra ainda Durkheim (1973) que a corporação, ao nascer, substituiu a família no exercício de uma função que era primeiramente doméstica, de passar o ofício de pai para filho. Da mesma forma que a família foi o meio em que se elaboraram a moral e o direito domésticos, a corporação é o meio natural em que se devem elaborar a moral e o direito profissionais.

Mais tarde, tendo como ponto de partida discussões sobre a profissão médica, Freidson (apud Bonelli, 1998), fornece uma enorme contribuição à teorização sobre as profissões.

Durante muito tempo, segundo esse autor, o conceito de profissão foi aceito sem questionamento, merecendo pouca elaboração sistemática, até depois da Segunda Guerra Mundial, quando se expandiu a sociologia acadêmica nos

Estados Unidos. Nesse particular, o surgimento de novas abordagens caracterizou os anos 60 como um marco no estudo das profissões.

Freidson (1998) identifica como um dos problemas para uma conceituação de profissões o fato de elas serem tratadas como um conceito genérico, em vez de um conceito histórico, mutável, com raízes específicas em sociedades concretas. Por essa razão, ele argumenta, não existe um forma única e invariável, historicamente, para definir profissão. Para criar um padrão que orientasse estudos comparativos, seria necessário partir de conceitos básicos de prática, dos meios pelos quais a prática profissional é organizada e controlada e das instituições necessárias para obter e manter essa organização.

Ele próprio define profissão como "uma ocupação que controla seu próprio trabalho, organizada por um conjunto especial de instituições sustentadas em parte por uma ideologia particular de experiência e utilidade"; e profissionalismo como "aquela ideologia e àquele conjunto especial de instituições" (Freidson, 1998).

Para uma compreensão histórica, ele lembra que as universidades medievais européias, fizeram proliferar as três primeiras profissões liberais: a medicina, a advocacia e o clero, "profissões de *status*", em contraposição às "profissões ocupacionais", mais recentes (Elliott, 1972 apud Freidson, 1998). Na Europa continental, onde o Estado era mais atuante, tanto na organização do treinamento como do emprego, o *status* e a segurança eram conquistados por meiode uma educação de elite e a identidade básica era também assegurada pela educação e não pela ocupação (Freidson, 1998). Em contraposição, as profissões anglo-americanas conquistaram

> *sua distinção e posição no mercado menos pelo prestígio das instituições em que foram educadas do que por seu treinamento e identidade como ocupações particulares organizadas corporativamente às quais são imputados conhecimento especializado, comportamento ético e importância para a sociedade e para as quais reclamam privilégios.* (Freidson, 1998)

Até por essa história, o profissionalismo, segundo o autor, deveria ser denominado "mal anglo-americano", e não é de se estranhar que a literatura teórica sobre as profissões seja quase exclusivamente anglo-americana.

Macdonald (1995) chama a atenção para, além do enfoque usual dado ao saber, ao conhecimento, como um questão central para a discussão de profissão, há a necessidade de uma aproximação com a discussão do trabalho, à aplicação do homem sobre determinado objeto com vistas a alcançar um resultado que responde à necessidade colocada de antemão.

O conceito de trabalho como uma prática está referenciado, sobretudo, ao uso do conhecimento. Portanto, pode-se dizer que pratica-se um saber, em um determinado contexto, recortando-se objetos, estabelecendo-se relações e

constituindo-se sujeitos. Uma das grandes contribuições de Freidson é, do interior da sociologia das profissões, lembrar que esse uso do saber é subordinado a um contexto – à estrutura de produção e a uma relação entre indivíduos. Para o autor, se o contexto é importante, o agente do trabalho é sujeito, detentor de um saber, mas também de uma relativa autonomia, com alguma possibilidade de interferir, de atuar no contexto.

Já uma outra corrente de pensamento, à qual filiam-se Donnangelo e Mendes-Gonçalves, destaca uma maior influência do contexto, da estrutura, para proporcionar um 'constrangimento' relativo do saber, no processo de trabalho. Na seqüência, Schraiber (1997) e Merhy (2000), entre outros, encontraram em seus estudos, de um lado, maior influência do contexto neste constrangimento, porém, de outro, a criatividade das pessoas.

No caso, entretanto, de o indivíduo não ser um profissional, de não dispor de saber auferido por instituição reconhecida, é relativamente mais condicionado pelo contexto em que se realiza o trabalho.

Outro aspecto importante para a caracterização de um profissional, refere-se à autonomia de que ele dispõe no desenvolvimento do seu trabalho. Ainda com apoio em Freidson, a autonomia do profissional viria do conhecimento. O autor argumenta que, apesar de o prestígio de uma profissão ser uma delegação dada pela sociedade, ou pela clientela, ou pelo Estado, o *status* das profissões viria da autonomia. A autonomia, segundo o autor, implica a capacidade de um profissão controlar uma área do conhecimento, tendo o monopólio sobre o campo, sem depender de outras profissões para a sua prática. Já o poder profissional expressar-se-ia pelo controle sobre a divisão do trabalho, pela autonomia para definir a dimensão tecnológica, os seus conteúdos e a avaliação técnica. Esses componentes seriam decisivos para a autonomia profissional, aspecto nuclear do poder profissional e, em síntese, para a definição de uma profissão.

Freidson indica que a autonomia estaria vinculada à própria organização social do campo da medicina, na medida em que introduz o problema da divisão de trabalho na área de saúde, que envolve controle, autoridade do saber, monopólio e poder profissional dos médicos, fatores que hierarquizam as demais ocupações do campo – e aqui, a diferença entre a medicina e as profissões paramédicas não está no número de anos de escolaridade ou no conteúdo ensinado na escola, mas no monopólio sobre uma área de conhecimento capaz de hierarquizar outras ocupações (Bonelli, 1998).

Enquanto Freidson (1998) aborda mais a dimensão técnica da autonomia, Schraiber (1993) identifica três faces, igualmente importantes, na conformação da autonomia do profissional: uma face, relacionada com o mercado, da autonomia no mercado; outra face, da autonomia na estrutura da organização concreta do trabalho; e a terceira face referida é a da autonomia técnica, da

decisão clínica. Para Schraiber, pelo menos duas destas autonomias, com o tempo, distanciaram-se do médico. A autonomia mercantil, de fato, foi retirada dos médicos com a constituição de empresas médicas privadas e com a implantação dos serviços públicos. A autonomia da organização do trabalho, com o planejamento e o gerenciamento da assistência médica está sendo tensionada, embora o médico ainda disponha de muito poder, nessa vertente. Já a autonomia técnica está relativamente preservada. Mesmo com os protocolos de orientação do trabalho, como cada caso é sempre único, o médico, na sua prática, mantém uma certa autonomia na decisão clínica acerca do diagnóstico e da terapêutica.

Para Schraiber, na maior parte das vezes, quando se analisa o processo de trabalho, reconhece-se mais a autonomia técnica. Entretanto, ao se observar o processo de trabalho e localizá-lo em uma organização de programa, ou em uma organização de serviço, ou mesmo, no mercado de trabalho, nesse movimento, é possível identificar as duas outras faces da autonomia, atualmente, restringidas.

A discussão sobre trabalho, sobre saber e sobre suas relações, traz à tona a categoria "saber operante", de Mendes-Gonçalves (1994), ou seja, o resultado do 'constrangimento' do saber científico quando ele se transforma em um saber aplicado, instrumento de trabalho que recorta o objeto, apreende suas características e propõe intervenções. O conhecimento científico e o saber clínico, no caso do médico, ele adquire quando tem o diploma, mas o saber operante é aquele conformado no exercício do seu trabalho. Essa categoria "saber operante" é, para o autor, uma categoria de passagem entre esses dois planos e o que permite, portanto, entender a prática como parte de uma estrutura de produção e reprodução de necessidades, objetos e relações entre sujeitos, portanto, enquanto trabalho.

Quando se fala em profissão, cabe indagar sobre o que as pessoas costumam, essencialmente, dar destaque, a qual saber e a qual estrutura de regulação de uso desse saber, a que corporação corresponde.

A esse propósito, Machado (1995) faz distinção entre o profissional, que negocia com uma clientela específica e o quase profissional, aquele que não tem o que negociar, pois não dispõe de "um corpo específico de conhecimento", nem de um mercado de trabalho "inviolável", como ocorre com os profissionais, como médicos e advogados, entre outros.

Wilson define o profissional como "alguém que recebe importantes recompensas de um grupo de referência, cuja filiação é limitada a pessoas que se submetem à educação formal especializada (conhecimento esotérico) e que aceitaram um código de condutas apropriadas, definido pelo grupo" (Wilson, 1989).

Wilensky (1970, apud Machado, 1995) analisa a distinção entre profissão e ocupação, com base em duas características. A primeira é o caráter técnico da tarefa do profissional, pois ela se baseia no corpo de conhecimento sistemático

adquirido através de um treinamento escolar. Parte-se do princípio de que esse conhecimento é transmitido por pares experientes e credenciados. A segunda é constituída das normas e regras profissionais, as quais o orientam na execução das tarefas. Desse modo, qualquer ocupação que pretenda ser profissão e exercer autoridade profissional, terá que encontrar uma base técnica para fazê-lo, reivindicar que tanto as técnicas como a jurisdição estejam de acordo com padrões de treinamento e convencer o público que seus serviços são perfeitamente confiáveis. Para esse autor, existe um processo de profissionalização das ocupações, o qual é integrado por uma seqüência de cinco passos:

1) O trabalho torna-se uma ocupação em tempo integral, decorrente de "necessidade social" em relação a determinado trabalho.
2) Criam-se escolas de treinamento, ou seja, a transmissão do corpo esotérico de conhecimento é feita por pares experientes.
3) É formada a associação profissional, definem-se os perfis profissionais, o que garante, ao grupo, uma identidade.
4) A profissão é regulamentada. Esse é um passo essencial para a atividade profissional, já que se define o "território profissional", assegurando, desse modo, "o monopólio de competência não só do saber, como da prática profissional".
5) Adota-se um código de ética. Estabelecem-se normas e regras profissionais, enquadrando-os, ao tempo em que são excluídos os não-profissionais.

Considera-se apropriada, na discussão da identidade do agente comunitário de saúde, a inclusão da categoria saber – qual é o saber que orienta a sua prática? – e, sobretudo, a idéia do "saber operante", na medida em que esses sujeitos não têm um conhecimento específico. Essa situação alia-se ao fato de que esses trabalhadores tendem a almejar uma profissionalização, ou seja, estar em uma estrutura de trabalho legitimada.

O enfoque da sociologia das profissões, ao falar de prática e em uso do saber, dá destaque a quem o usa, o agente. Então, para o estudo do agente comunitário de saúde, esse quadro de referência é muito útil; estudar o personagem, o sujeito, o ator – embora cada um desses termos represente um conceito diferente – possibilita a abordagem da dimensão do indivíduo que porta um saber específico, atua com esse saber e tem uma identidade, em um contexto determinado.

O conceito de identidade remete à noção de uma construção que os atores envolvidos fazem de sua própria ação: legitimam essa construção na sociedade, com base em um processo de regulação, um processo de exteriorização das normas de atuação. E, mais do que isso, a identidade é uma imagem

construída, é uma percepção. Essa construção dá-se com base em elementos de suas expectativas, das suas motivações, da sua percepção do trabalho dos outros. Então, a identidade é construída com base em elementos da subjetividade dos atores envolvidos, mas também em elementos da objetividade de vida desses atores (Sartre, 1987). Em outras palavras, se os agentes do trabalho estão em um contexto onde têm um saber técnico bem definido, isso também vai compor a definição de uma identidade. Se estão em um contexto onde há regras em relação ao que eles podem e não podem fazer, regras de atuação, a própria organização do trabalho contribui para a conformação da identidade. A outra dimensão que conforma a identidade é a percepção subjetiva desses atores sobre o que estão vivendo e o que os outros propõem para eles, uma identidade prevista.

Por exemplo, a definição de quantas vezes os agentes comunitários de saúde devem visitar as famílias por mês, de que têm de fazer o cadastro, os conteúdos do seu trabalho e as forma de executá-lo, isso conforma a sua identidade. Isso porque eles passam a saber que eles são os cadastradores, os visitadores, os orientadores; esses são elementos da objetividade. Por outro lado, são elementos da subjetividade os valores de vida dos agentes, as formas de se sentirem recompensados, como eles valorizam as diferentes ações que realizam. Portanto, para a discussão da identidade do agente, é indispensável, pelas suas características, que se trabalhe com essas duas dimensões de construção, essas duas entradas complementares: os elementos da subjetividade e os elementos da objetividade.

Marsiglia aborda um outro ângulo da questão da relação entre profissão e saber e das formas de profissionalização de atividades vinculadas a campos de conhecimento e trabalho já instituídos:

> *quando uma profissão se desenvolve, tenta apropriar-se de uma área de conhecimento e obter o domínio de um conjunto de técnicas. Historicamente, algumas áreas do conhecimento foram apropriadas por algumas profissões mais antigas e quando novas profissões surgem para compartilhar o mesmo objeto de atuação, acabam por serem vistas como um conjunto de técnicas apenas. Técnicas com as quais os profissionais podem trabalhar e até ter um certo "monopólio" na sua execução; no entanto esse monopólio não chega a conferir grande autonomia ou maior poder aos que a exercem – o exercício dessas profissões apresenta-se como subordinado ao exercício das profissões dominantes.* (Marsiglia, 1991)

Para Mendes-Gonçalves, a percepção da historicidade e socialidade do trabalho é fundamental para entender modificações e perspectivas de áreas de atuação e conhecimento:

monopólio de definir o que é o objeto do trabalho também é uma coisa histórica em qualquer área de praxis humana. Não foi por revelação divina que se soube quais são os objetos de trabalho; o homem os recortou sempre, de diversos modos. Em uma certa altura da história da humanidade aparece, há muito pouco tempo – um século e meio, dois – aparece um conjunto de agentes sociais que propõe um recorte clínico-biológico, luta por ele, luta com extremo brilhantismo e ganha um monopólio que não encontra paralelo. Uma autoridade que é indisputada de maneira paradigmática. Em termos de acabamento de uma corporação, ele é um exemplo, porque ele é a própria invenção disso. Quem fez a receita da corporação antes? Deduziu-se do médico, como deve ser uma profissão. (Mendes-Gonçalves, 1991, apud Marsiglia, 1991)

A autora segue argumentando que um dos problemas é que a profissão médica tem sido tomada como uma espécie de estereótipo para quase todos os estudos de profissão, deles se inferindo o que caracteriza uma profissão. Faz parte desse sistema que o médico tenha sido profissionalizado, por assim dizer, "subprofissionalizando" os outros profissionais. Por outro lado, continua, não se pode "repensar um pedaço qualquer de trabalho de saúde", ignorando os médicos (Mendes-Gonçalves, apud Marsiglia, 1991).

Vem de Freidson (1998) a consideração de que é graças ao treinamento no conhecimento formal e ao credenciamento e regulamentação (Girardi, 1995) que se garante às profissões um acesso exclusivo às suas posições no mercado de trabalho. O poder e os privilégios profissionais são sustentados por esse controle rigoroso, e os lugares no mercado são estabelecidos e conservados em função de uma divisão interna entre os profissionais, que abrange: a) os praticantes, que divulgam a profissão e garantem uma clientela, tendo algum poder sobre ela e sobre o trabalho que fazem; b) os administradores, que condicionam como e onde os praticantes podem exercer poder sobre os clientes; c) os intelectuais, que produzem o conhecimento abstrato e formal, formando as bases para as regras organizacionais e para as decisões de trabalho dos praticantes individuais (Bonelli, 1998).

Freidson ainda enuncia algumas relações no que diz respeito a trabalho e ocupação. O trabalho tem como modo de organização a ocupação, que, na sua forma menos organizada, pode ser designada como emprego, e, na sua forma mais organizada, como profissão. Profissão é um método formal lógica e empiricamente possível de controlar a organização do trabalho, não sendo um método semelhante, por exemplo, ao controle administrativo por meio de uma burocracia racional-legal. Dessa forma, ele faz a relação entre ocupação, classe e organização, por um lado e, por outro lado, trabalho especializado ou profissional e conhecimento e especialização (Bonelli, 1998).

Freidson (1998) discute o que ele chama de princípio ocupacional, em oposição ao princípio administrativo. Para ele, as formas futuras de organização

e ação ocupacional "constituirão uma contraforça à extensão do princípio administrativo ao controle do trabalho profissional" e "sustentarão a tal ponto o crescimento contínuo do princípio ocupacional, que a sociedade pós-industrial será a sociedade profissional" (Freidson, 1998).

Para Machado et al. (1992), o termo emprego não está diretamente associado a pessoas e indivíduos, e sim a ocupações e postos de trabalho; o termo surgiu "com as preocupações do Estado, a partir dos anos 30, em mapear aspectos específicos correlacionados à demanda global por força de trabalho". Ele representa um dos três termos que representam três enfoques apresentados pelos autores, sendo os outros o de recursos humanos – que, "apesar de abstrair as relações sociais e estar lastreado na teoria de sistemas, busca interpretar as formas de gerenciamento desse 'fator de produção' que é a capacidade de trabalho dos indivíduos"– e o de força de trabalho – que busca descrever e interpretar as relações sociais que lastreiam os trabalhadores que se inserem nesse ramo de atividade específico (o de serviços de saúde) e encontra-se mais calcado na análise marxista, que parte dos indivíduos e de sua inserção social no processo de trabalho (Machado et al., 1992).

Girardi (1995) é um dos autores que têm contribuído intensamente para compreender a constituição e a regulamentação das profissões. Ele considera a regulamentação institucional um aspecto importante no processo de constituição de uma profissão. Considera-se que a sua área de estudos tem muita relação com a discussão da identidade profissional do agente comunitário de saúde.

Segundo esse autor, existem inúmeras formas de reconhecimento e classificação de uma ocupação. Em primeiro lugar, em uma linha divisória bastante genérica, considera o segmento com regulamentação formal e, de outro, e articulado com o primeiro, aponta um segmento

> *desregulamentado dos mercados de trabalho, composto por ocupações reguladas majoritariamente pelo automatismo das forças de mercado e pelas ocupações informalmente reguladas... As ocupações não regulamentadas formam um importante contingente da força de trabalho em saúde, variável em suas proporções, de acordo com o país, mas sempre considerável. Nesse segmento estão incluídos a maior parte dos trabalhadores ocupados em postos e posições de apoio administrativo e de serviços gerais, bem como um contingente variável do pessoal técnico de saúde empregado nas organizações formais no setor.* (Girardi, 1995)

Para Girardi (1995), as formas de regulamentacão das profissões podem variar desde aquelas que implicam um reconhecimento institucional de certos privilégios materializado na forma de leis e regulamentos – até as formas de reconhecimento mais brandas, pelos usuários, através de mecanismos, muitas vezes informais, de credibilidade e interesse. Por outro lado, pode existir mais de

uma forma de reconhecimento regular para uma determinada profissão e parece que a quantidade delas está quase sempre diretamente relacionada com o status, a autonomia e o poder econômico alcançado pela categoria. Assim, enquanto profissões tradicionais, como a medicina, possuem garantias de legislação referente ao exercício, à formação, às relações de trabalho – incluindo piso salarial e jornada de trabalho – outras se encontram ainda debatendo por uma regulamentação básica que justifique, de alguma forma, a delimitação de um campo de saber específico.

Girardi (1988) invoca Abbott, para quem o sistema de reconhecimento profissional é composto por instituições sociais e organizações localizadas no sistema legal, no sistema de opinião pública e no mundo cotidiano do trabalho.

Ainda é Girardi quem considera o sistema de reconhecimento profissional geralmente ativado por necessidades e questões de diversas ordens: tecnológicas, organizacionais, culturais e "naturais". O aparecimento de novas tecnologias, o crescimento das organizações, novos fenômenos culturais e naturais, demandas sociais, enfim, a complexificação da sociedade, têm, de maneira geral, determinado a busca pela profissionalização, principalmente através da regulamentação dos campos de atuação dos profissionais. Ele cita, como exemplo, a epidemia da Aids, que gerou fortes demandas no campo da hematologia e hemoterapia. Nesse contexto, coloca-se a discussão do agente de saúde.

Em relação às novas tecnologias, inclusive organizacionais, pode-se dizer que elas, ao inaugurar novos campos de saberes e de práticas revelam, para usar os termos de Abbott, "verdadeiras lacunas jurisdicionais que tendem a ser preenchidas ou pelas profissões já existentes ou por novas ocupações ou especialidades emergentes. Essas novas ocupações ou especialidades ou profissões geradas nesse processo acabam pressionando por privilégios de regulamentação" (Abbott 1988, apud Girardi,1995).

Enquanto o trabalho do especialista é determinado basicamente pelo desenvolvimento científico e tecnológico de um setor, o reconhecimento de uma especialidade profissional pressupõe uma série de arranjos institucionais de acomodação de conflitos e disputas distributivas intra e interprofissionais. O ponto central do argumento é que, para além da determinação tecnológica, a existência de ocupações e especialidades regulamentadas revela a construção de uma política da diferença no mundo do trabalho, com seus momentos característicos de articulação, negociação e incorporação na esfera pública da diferença (Walzer, 1992, apud Girardi, 1995). Parece haver consenso sobre que o sucesso dos grupos ocupacionais interessados em estabelecer ou de não permitir a regulamentação pública de um campo de "negócios", depende da quantidade de recursos de que dispõem organizacional, política e economicamente e de sua capacidade de articulação, negociação e incorporação de suas demandas no interior dos mercados e do sistema político (Girardi, 1995).

No Brasil, a partir dos anos 70 e, principalmente nos anos 80, desencadeou-se um movimento pela busca de regulamentação das profissões de nível técnico e elementar. Na maioria dos casos, os tipos de conquistas regulatórias alcançadas, limitadas praticamente à definição de currículos mínimos para certificação profissional, refletem as dificuldades dessas profissões no sentido de se profissionalizarem plenamente.

> *Pode-se supor que o 'medo' da competição, da invasão de um mercado não muito orgânico ou forte, onde apenas uma minoria pode pagar por serviços profissionais, funcionam como limites mais ou menos naturais do crescimento e aprofundamento das demandas jurisdicionais dessas ocupações. Em sentido inverso, como forças propulsoras, atuam as políticas de diminuição de custos de saúde que incentivam o crescimento de profissionais de nível médio, bem como propostas de mudanças da forma de atenção em saúde, as quais utilizam-se do profissional de nível médio como principal solução para problemas de desigualdade do acesso aos serviços de saúde ou de atuação em outras frentes que têm a ver com a saúde.* (Girardi,1995)

Enfatizando a recomendação de necessidade de análise dos custos diretos e indiretos da regulamentação profissional, Girardi argumenta que essa posição não significa uma apologia à desregulação do exercício e da prática das profissões e especialidades profissionais. De fato, considera, a regulamentação profissional tem representado, sem dúvida, uma forma de proteção legítima para o público e para os trabalhadores. É difícil conceber o livre exercício de uma profissão como a medicina sem a proteção do público contra as diversas formas de 'charlatanismo'. Para os trabalhadores, especialmente para os segmentos da força de trabalho em desvantagem nos mercados de trabalho, a regulamentação profissional pode significar uma salvaguarda simultaneamente técnica e ética, na medida em que coíbe sua utilização em áreas para as quais não estão profissionalmente preparados.

Ainda para Girardi (1995),

> *a manutenção de padrões de qualidade profissional e de proteção ao público, possibilitada pela regulamentação profissional em saúde, deve ser assim contrabalançada com os riscos de cartelização ou da formação de monopólios profissionais. Assim postos, seus custos e benefícios devem ser cotejados com os desideratos da política nacional de saúde, quer dizer, com os princípios ético-morais e sociais assignados ao setor, como por exemplo as normas de eqüidade e justiça sociais.*

A CONFORMAÇÃO DA IDENTIDADE CONFORME O TIPO DE ORGANIZAÇÃO: burocrática e profissional

Em estudo sobre a burocracia, Wilson (1989) identifica os fatores que se refletem na prática profissional e influenciam posturas e comportamentos individuais: experiências de trabalho anteriores, o contato com definição de tarefas através de normas profissionais, a ideologia política e aspectos relacionados com a burocracia institucional. Para o autor, posturas e comportamento no desempenho das atividades não dependem apenas da maneira como é avaliada essa prática, mas também das recompensas e punições que advêm, não apenas de indivíduos em posição de autoridade, na organização, mas também de colegas, de entidades profissionais que têm o poder de aprovar ou reprovar.

Para Wilson, a maneira como a atividade é realizada só será significativamente determinada por posturas individuais (e ideologias) caso haja, na organização, regras pouco claras especificando como o trabalho deve ser realizado e, mais ainda, poucos incentivos em reforço a essas regras. Ou seja, as crenças pessoais dos membros de uma organização só têm um efeito significativo sobre o modo com são executadas as tarefas quando os papéis a serem desempenhados não estão claramente definidos em normas e quando quem desempenha tal papel é relativamente pouco recompensado pela própria organização ou, no caso de um profissional, pela respectiva corporação. Deduz-se também dessa afirmação que, quanto menos respaldo externo de um grupamento profissional forte tiver o trabalhador, maior facilidade ele terá para obedecer às normas das organizações e maior necessidade ele terá delas (Wilson, 1989).

Ainda segundo Wilson, em muitas agências governamentais, há muitos que trabalham segundo regras fracamente definidas. Todos eles trazem, em grau variado, concepções e representações de como o seu serviço deve ser feito. Esses fatores foram originados de experiências anteriores, de sua sensibilidade e padrões profissionais, da sua ideologia política e talvez das características da sua personalidade. E, quanto mais fracamente definidas as regras, mais forte é a influência dessas concepções. Já para as organizações que não dispõem de objetivos e regras muito claros que orientem o desenvolvimento das atividades, é grande a influência de experiências anteriores das pessoas na definição das tarefas; é a experiência anterior dos empregados que irá determinar o quê e como fazer.

Fundamentais também, para Wilson (1989), são as normas profissionais que as pessoas aprendem e as oportunidades de trabalho que essas profissões oferecem a elas – e, aqui, o autor passa a definir o profissional. Segundo ele, o que é distintivo para os membros de uma profissão – pelo menos no que diz respeito ao seu comportamento na organização – não é *status*, renda ou deferências que eles recebem (como parece crer o senso comum), e sim a fonte dessas recompensas.

A fidelidade profissional *versus* a fidelidade à burocracia é abordada pelo autor a partir do sistema de incentivos. Assim, segundo ele, em uma organização burocrática, profissionais são os empregados que recebem grande parte dos seus incentivos de grupos localizados fora da organização e, assim, seu comportamento profissional não será totalmente determinado pelos incentivos controlados pela agência. Já os burocratas são os empregados cujos incentivos ocupacionais provêm inteiramente da organização, e Wilson indica evidências de que a visão política dos burocratas tende a corresponder à sua filiação a determinada organização, muito mais que ao seu *status* social. Para Wilson, experiências prévias e normas profissionais – e as oportunidades de carreira resultantes – influenciam o comportamento de funcionários de uma organização burocrática. Ideologias políticas também devem ter efeito, mas, segundo ele, não há evidências suficientes para afirmá-lo. Entretanto, experiência, profissionalismo e ideologia parecem ter maior influência quando as leis, regras e circunstâncias da organização não definem precisamente a tarefa do operador. Então, o definidor mesmo são as normas organizacionais.

Discutindo as questões referentes às culturas organizacionais, Marsiglia, com base em Fisher, argumenta que a cultura organizacional não é, na sua essência, apenas padrões culturais e poderes políticos estabelecidos. Nas instituições em geral, cita ela, "as autoridades que são consideradas legítimas, bem como os mitos e símbolos que fortalecem a coesão e definem os sistemas de poder e de comunicação, constituem o produto de um processo de aprendizado social ocorrido no bojo da luta empreendida pela organização para ocupar seu espaço no ambiente" (Marsiglia, 1993). A identidade da organização e os valores proporcionam aos agentes institucionais um misto de sentimentos de segurança e de coesão.

Para Schein (apud Marsiglia, 1993), cultura organizacional é o conjunto de pressupostos, "paradigma cultural", que um grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender como lidar com os problemas de adaptação externa e investigação interna e que funcionaram bem o suficiente para serem considerados válidos e ensinados a novos membros como a forma correta de perceber, pensar e sentir, em relação a esses problemas.

Já para Fleury, é fundamental

> *a incorporação da dimensão política que é inerente à questão da cultura organizacional, sendo esta concebida como um conjunto de valores, de pressupostos básicos expressos em elementos simbólicos que, em sua capacidade de ordenar, atribuir significações, construir a identidade organizacional, tanto agem como elemento de comunicação e consenso, como ocultam e instrumentalizam as relações de dominação (...) A percepção de que se pertence ao grupo (a organização) é o principal elemento para a manutenção da cultura organizacional.* (Fleury, apud Marsiglia, 1993)

O poder das corporações nas instituições para Marsiglia (1993) é decorrente, de um lado, do saber técnico e, por outro, da tradição e da antigüidade. Existe, entretanto, um outro poder que corre em paralelo: o poder advindo de um saber administrativo, de domínio dos mecanismos burocráticos que, apesar de menos evidente do que aquele vinculado ao saber técnico, tende a ser mais disseminado e efetivo no interior da estrutura.

A IDENTIDADE NO PERTENCER A UM GRUPO

Para discutir a identidade do agente comunitário de saúde, a sua inclusão em um determinado grupo, em uma organização social, utilizam-se conceitos e teorias desenvolvidos por Elias & Scotson (2000) sobre a sociologia das relações de poder em uma comunidade. Em *Os Estabelecidos e os Outsiders*, com base em um estudo sobre uma pequena comunidade industrial da Inglaterra chamada Winston Parva, os autores estudam a *comunidade*, os grupos e os vínculos que a integram e caracterizam, as relações de poder no seu interior.

Em inglês, *establishment* e *established* são termos usados para designar grupos e indivíduos que ocupam posições de prestígio e poder, a 'minoria dos melhores' nos mundos sociais mais diversos (Neiburg, 2000). O *establishment* é constituído de grupos que se autopercebem e são reconhecidos como a 'boa sociedade', tendo uma identidade social construída a partir de uma combinação singular de tradição, autoridade e influência. *Estabelecidos* são indivíduos que fundam o seu poder no fato de serem um modelo moral para os outros.

O termo que completa a relação é *outsider*, que designa os não membros da 'boa sociedade', os que estão fora desse grupo. Os *outsiders* representam um conjunto heterogêneo e difuso de pessoas unidas por laços sociais menos intensos.

A identidade social dos *estabelecidos* é a de um grupo; são nomeados como tal, possuem um substantivo abstrato que expressa essa condição e os define como coletivo. Já os *outsiders* não constituem um grupo social e são designados sempre no plural.

A caracterização e a análise desenvolvidas pelos autores em relação ao binômio *estabelecidos-outsiders* evidencia, com propriedade, importantes elementos inerentes às relações de poder, de pertencimento a um grupo, como dimensão da vida social: superioridade social e moral, autopercepção e reconhecimento, inclusão e exclusão.

A descrição de uma comunidade de periferia urbana apresentada mostra "uma clara divisão entre um grupo *estabelecido* desde longa data, que encarnava os valores da tradição e da 'boa sociedade', e grupo mais novo de residentes, cujos integrantes eram tratados, pelos primeiros, como *outsiders*. O grupo cerrava fileiras contra eles e os estigmatizava, de maneira geral, como pessoas de menor valor humano" (Elias & Scotson, 2000), associando-os com a anomia, como a

delinqüência, a violência e a desintegração. Além disso, o grupo *estabelecido* considerava que faltava aos *outsiders* a virtude humana superior – carisma grupal distintivo – que o grupo dominante atribuía a si mesmo.

O que induzia as pessoas que formavam o primeiro desses dois grupos a se colocarem como uma ordem melhor e superior de seres humanos, em Winston Parva, era a antigüidade da associação, com tudo o que ela implicava. Apenas ela estabelecia o grau de coesão grupal, a identificação coletiva e as normas comuns "capazes de induzir à euforia gratificante que acompanha a consciência de pertencer a um grupo de valor superior" (Elias & Scotson, 2000).

Naquela pequena comunidade, a superioridade de forças do grupo *estabelecido* baseava-se no alto grau de coesão de famílias que se conheciam havia duas ou três gerações, em contraste com os recém-chegados, que eram estranhos, não apenas para os antigos residentes, como também entre si. Era graças a seu maior potencial de coesão, assim como à ativação deste pelo controle social, que os antigos residentes conseguiam reservar, para as pessoas de seu tipo, os cargos importantes das organizações locais, como o conselho, a escola ou o clube, deles excluindo os moradores da outra área, aos quais, como grupo, faltava coesão. O grupo de antigos residentes estabelecera para si um estilo de vida comum e um conjunto de normas. A participação na superioridade de um grupo e em seu carisma grupal singular era, por assim dizer, a recompensa pela submissão às normas específicas do grupo.

No estudo, as diferenças de tradição cultural desempenhavam um papel menor, mas um dos fatores capazes de modificar o impacto da situação nos integrantes dos grupos *outsiders* era sua posse de uma tradição cultural própria.

Os integrantes de um grupo *estabelecido* incluem-se, mutuamente, dentro das fronteiras grupais ao dizer *nós*, ao passo que, ao mesmo tempo, excluem outros seres humanos a quem percebem como pertencentes a outro grupo e a quem se referem coletivamente como *eles* (Elias & Scotson, 2000).

Os membros do grupo das "famílias antigas" ligavam-se entre si por laços de intimidade emocional, que incluíam antigas amizades e velhas aversões. Assim como as rivalidades de *status* associadas a eles, também esses vínculos emocionais eram de um tipo que só se desenvolve entre seres humanos que vivenciam juntos um processo grupal de certa duração. Por outro lado, a aprovação da opinião grupal, como já vimos, requer a obediência às normas grupais. A susceptibilidade desses indivíduos à pressão do 'nós' (*we-group*) é particularmente grande.

O estudo do grupo *estabelecido* de Winston Parva mostrou, em pequena escala, como o autocontrole individual e a opinião grupal estão articulados entre si. A imagem *do nós* e o *ideal do nós* de uma pessoa fazem parte de sua auto-imagem e do seu ideal do *eu* tanto como a *imagem* e o *ideal do eu* da pessoa singular a quem ela se refere como "eu".

Os conceitos apresentados pelos autores, como parte de uma teoria da figuração *estabelecidos-outsiders*, tais *como carisma grupal e ideal do nós*, podem contribuir para o estudo de importantes referências na conformação da identidade do agente comunitário de saúde, através de análise de sua relação com diferentes grupos, de sua inserção ou exclusão.

No estudo desenvolvido em Winston Parva, ficou muito claro que as respostas recebidas nas entrevistas individuais, particularmente as que diziam respeito às configurações existentes dentro dos vários bairros e entre eles, não eram a expressão de idéias separadamente formadas. As respostas individuais eram parte integrante das crenças e atitudes comuns, mantidas por várias formas de pressão e controle sociais, e representavam variações individuais das crenças e atitudes padronizadas que circulavam nessas áreas e dentro do grupo de referência.

As pessoas estabelecem relações quando negociam, trabalham, rezam ou se divertem juntas, e essas relações podem ou não ser altamente especializadas e organizadas. Mas elas também estabelecem relações quando "moram juntas num mesmo lugar", quando constroem seus lares em um mesmo local. As interdependências que se estabelecem entre elas como criadoras de lares – nos quais dormem, comem e criam suas famílias – são especificamente comunitárias. "Em essência, as comunidades são organizações de criadores de lares, são unidades residenciais como os bairros urbanos, os vilarejos, as aldeias, os conjuntos habitacionais ou os grupos de barracas de acampamento" (Elias & Scotson, 2000).

Em Winston Parva, a coesão, a solidariedade, a uniformidade de normas e a autodisciplina ajudaram a manter o monopólio, o qual, por sua vez, contribuiu para reforçar essas características grupais da comunidade. Em um ambiente relativamente estável, o código de conduta mais sofisticado e o maior grau de autocontrole costumam associar-se a um grau mais elevado de disciplina, circunspecção, previdência e coesão grupal. Isso oferece recompensas sob a forma de *status* e poder, para contrabalançar a frustração das limitações impostas e da relativa perda de espontaneidade. A adesão ao código comum funciona, para seus membros, como uma insígnia social. Para os autores no sentido sociológico, a antigüidade refere-se a relações sociais com propriedades específicas. Elas dão um sabor especial às inimizades e às amizades. Nascida de uma história comum cuja lembrança se mantém presente, tal coesão constitui outro elemento de peso na configuração de possibilidades de esse grupo afirmar e manter, durante um certo tempo, seu poder e *status* superiores aos dos demais.

Para os autores, alguns dos problemas fundamentais surgidos do encontro entre os grupos *estabelecidos e outsiders* de Winston Parva não diferiram muito dos que podem ser observados em encontros similares em outros universos, ainda que, com freqüência, estes sejam estudados e conceituados sob rótulos

diferentes. Muitas vezes parte-se do pressuposto de que as comunidades 'estáveis' ou 'imóveis' são o tipo normal e desejável de comunidade, ao passo que as que incorporam um alto grau de mobilidade social são anormais e não desejáveis. É quase invariável que as pessoas que mudam de uma classe para outra também se mudem de uma comunidade, um bairro ou um círculo social para outro. Ao menos por algum tempo, elas parecem ficar no papel de recém-chegados e, muitas vezes, de outsiders às portas de um grupo já estabelecido.

A questão que parece estar sempre presente na cabeça das pessoas, nas discussões sobre a relação entre "indivíduo" e a "sociedade", não é uma questão de fato, mas de valores. Elas formulam e tentam responder perguntas como "o que veio primeiro, o que é mais importante, o indivíduo ou a sociedade?" (Elias & Scotson, 2000).

Outra referência muito oportuna, para apoiar a discussão da identidade do agente comunitário de saúde, é o documento elaborado por Nogueira et al. (2000). Os autores identificam o agente como um genérico, de identidade comunitária, que realiza tarefas, não apenas do campo da saúde. A sua capacidade de liderança e a sua história de iniciativas de ajuda comunitária seriam partes integrantes e importantes do seu perfil. "Portanto, como requisito da política que lhe deu origem, o conjunto das atividades típicas dos ACSs tem de ser ancorado nesse perfil social. Devido a essas características, que valem para todos os contextos de desenvolvimento economico-social dos municípios, o ACS constitui um trabalhador *sui generis*" (Nogueira et al., 2000).

No documento colocado para discussão, o autor argumenta que "o papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem que ser contemplado com prioridade na sua caracterização, que abrange dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária" (Nogueira et al., 2000).

Nos debates acerca e em torno da figura do agente de saúde, na questão de identidade profissional, os autores identificam duas interpretações:

- *o ACS pertence ao grupo de enfermagem, em virtude de realizar cuidados de saúde para com as pessoas; e*
- *trata-se de um trabalhador genérico e foram do comum, não tendo similar entre as tradicionais ocupações e profissões de saúde.* (Nogueira et al., 2000)

Em relação à vinculação institucional, consideram que "as alternativas de vinculação institucional têm que ser ajuizadas considerando igualmente o quanto elas podem facilitar ou dificultar o cumprimento pelo ACS do seu perfil social" (Nogueira et al., 2000).

MODALIDADES ASSISTENCIAIS EM SAÚDE E A RELEVÂNCIA DE ORGANIZAR OFERTAS

A atenção à saúde adquire diferentes configurações conforme os momentos históricos aos quais está articulada (Rosen, 1980; Foucault, 1981). Entendendo-se a prática em saúde como vinculada à estrutura social e de uma perspectiva histórica, há que se considerar a conexão entre a dimensão mais técnica da realização das ações e a dimensão social da mesma (Mendes-Gonçalves, 1986).

Definir necessidades de saúde é uma tarefa complexa. Schraiber e Mendes-Gonçalves (1994) expõem essa questão de uma forma que, se considera, facilita a sua compreensão: de um lado, há indivíduos que procuram cuidados a partir de um carecimento, algo que ele entende que deve ser corrigido em seu estado social-vital atual, e para o qual ele acha que existem meios para uma solução (antevista). Pode ser uma alteração mais física, um sofrimento mental ou uma demanda por informação. O resultado das intervenções sobre o carecimento reconhece a necessidade e, portanto, torna as próprias ações necessidades, contribuindo para a reiteração da intervenção. Como toda intervenção só tem existência na sociedade como uma dada forma de prestação de assistência (produção, distribuição e articulação de serviços), há uma conexão íntima entre oferta e consumo de ações de saúde.

Tomando os saberes como instrumentos de organização técnica e social da assistência à saúde, destacam-se, de um lado, a clínica e, do outro, a epidemiologia (Mendes-Gonçalves, 1994), as quais fornecem, respectivamente, a referência ética e científica para a assistência médica individual e para as iniciativas no campo da saúde coletiva. Se a primeira representa um padrão relativamente homogêneo, diferenciado por graus de complexidade tecnológica, as práticas em saúde coletiva conformaram-se, historicamente, com diferentes objetivos e formas de organização das ações.

De forma sintética, pode-se caracterizar a modalidade de atenção baseada no saber clínico como aquele que concebe a doença com ênfase na sua dimensão biológica, aplica meios para identificá-la no corpo do indivíduo e lança mão de recursos terapêuticos de incidência individual. Nesta modalidade, a necessidade de saúde é, em geral, manifestada pelos indivíduos que buscam assistência, de forma a se livrarem de uma situação que gera dificuldades, no seu cotidiano. O cuidado é desenvolvido com base, principalmente, no trabalho do profissional médico.

Também de forma sintética, na modalidade de atenção baseada no saber epidemiológico, os problemas de saúde são concebidos como relacionados a condições ambientais e sociais. Para a sua apreensão, aplicam-se métodos de identificação coletivos e para a intervenção, recursos que transcendem os

indivíduos, estendendo-se ao meio e à organização da sociedade. Nesta última modalidade, a necessidade de saúde é, em geral, estabelecida através de levantamento de dados em grupos populacionais e comparação dos dados com parâmetros considerados técnica e politicamente aceitáveis; a confrontação de um e outro alimenta o planejamento das ações e a avaliação dos resultados da intervenção. Os meios de atuação abrangem, além de medidas curativas, a prevenção e a promoção da saúde. O trabalho assistencial é desenvolvido necessariamente por um conjunto articulado de profissionais que possam dar conta da apreensão e do cuidado do problema, tomado em sua complexidade.

As práticas baseadas no saber clínico, conformado durante o século XIX (Dalmaso, 1991), representam a modalidade dominante na formação dos profissionais universitários e de nível médio da área da saúde, e em termos de recursos financeiros investidos. Também, como forma de consumo de serviço de saúde e expectativa de cuidado pela população, é o padrão hegemônico. São exemplos de formas de organização de prestação de assistência baseados no saber clínico, o atendimento realizado em pronto-atendimento/atendimento eventual em unidade básica e em pronto-socorro, os serviços ambulatoriais especializados, além de toda a atuação em área hospitalar.

Na atenção primária à saúde, encontram-se ações baseadas em cada um dos saberes, mas, no conjunto, com hegemonia de uma ou outra modalidade de atenção, de acordo com a articulação entre as práticas em saúde e as demais práticas sociais. Para a identificação da modalidade assistencial vigente em unidades básicas de saúde, Mendes-Gonçalves (1994) propôs a caracterização do processo de trabalho, em termos de conteúdos, finalidades, instrumentos e formas de realização e Mehry (2000) e Peduzzi (1998) destacaram a importância da ação e da interação dos sujeitos.

Se o saber é instrumento básico para o trabalho, há uma série de outros elementos que conformam a prática, entre eles as características institucionais, o vínculo com a clientela, os meios de intervenção, as características individuais de profissionais e usuários. Destacam-se, aqui, ainda, dois aspectos de maior relevância para esse estudo, a relação entre trabalho e profissão e a constituição de identidade.

Abbott (1990) considera que está mais de acordo com a realidade pensar que é o trabalho empírico que conforma a teoria, em vez de considerar que o trabalho possa ser totalmente abarcado pelo saber. Portanto, para o entendimento das profissões, o ponto de partida, segundo esse autor, deveria ser o trabalho profissional, seus conteúdos, as formas de controle, a diferenciação em tipos de trabalho e a noção de área legitimada de atuação.

Se o trabalho do médico clínico é relativamente mais definido (também mais estudado), há uma questão básica na definição do objeto da saúde pública

– o meio, o coletivo e um conceito positivo de saúde; e do objeto do trabalho na área de enfermagem – o cuidado. No caso dos programas analisados, o objeto do trabalho do agente de saúde, a relação entre saúde e vida familiar e comunitária coloca o desafio de apreender e lidar com relações afetivas e sociais.

A forma de organizar a assistência, de responder a determinadas necessidades de uma maneira ou de outra, cria não só ações, mas cria também ocupações e constrói identidades profissionais. Ao organizar o trabalho, definindo conteúdos e formas de agir, definem-se também as interações. Por exemplo, se é função do agente comunitário de saúde "identificar situações de risco" e "desenvolver ações educativas", destacam-se, no seu perfil, a vigilância e a intervenção no estilo de vida dos indivíduos e famílias.

Tomando o sistema local de saúde como foco para reflexão, podem-se distinguir diferentes modalidades assistenciais conforme uma particular articulação entre as dimensões técnica e social do cuidado da saúde e da doença, de acordo com diferentes momentos históricos.

Identifica-se, por exemplo, na década de 70, a implantação da chamada Programação em Saúde, nas unidades básicas da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, caracterizada pela oferta organizada de ações de saúde (Nemes, 1989). Essa modalidade de atenção caracterizava-se, basicamente, por ter finalidade e objetivos gerais assentados em categorias coletivas; por ter programas definidos por grupos populacionais; pela utilização da equipe profissional; por operar a partir de atividades de rotina e eventuais; pela padronização de fluxogramas de atividades e de condutas terapêuticas principais; por ter um sistema de informações que permitia avaliações na própria unidade; e pela regionalização e hierarquização das unidades. O atendimento clínico aos indivíduos doentes estava previsto e subordinado à lógica epidemiológica. Na equipe prevista para a Programação, além do médico assistente e do enfermeiro com função mais gerencial do que de assistência direta, estava incluído o visitador sanitário, profissional responsável pelas ações de vigilância e orientação de medidas preventivas.

Segundo Nemes (1996), embora a Programação tenha alterado de forma substancial a organização dos trabalhos nos centros de saúde, não logrou, como havia sido proposto originalmente, modificar a prestação de serviços de saúde, mantendo-se, ainda no início da década de 80, a alocação privilegiada de recursos nos serviços de assistência médica individual e de vinculação privada conveniada. Simultaneamente, nos anos 80, vai ganhando força política no Brasil o movimento que questionou profundamente o sistema de saúde e que resultou na formulação do Sistema Único de Saúde (SUS), implantado pela Constituição Brasileira de 1988, o qual propicia a universalização da atenção à saúde, gratuita e sob controle do Estado.

Nessa nova formulação, a rede de unidades básicas de saúde torna-se a principal porta de entrada no sistema de saúde, ampliando-se muito o volume de assistência médica individual na rede pública, organizada, principalmente, na forma de pronto-atendimento. Se ações de natureza coletiva, como a vigilância sanitária e a epidemiológica e o programa de imunização, foram mantidas como responsabilidade dos serviços públicos, o enfoque do trabalho da equipe de saúde deslocou-se para o atendimento de patologias clínicas ao qual se associava o controle de determinados grupos, com destaque para doenças cardiovasculares, como hipertensão arterial e diabetes.

Contemporâneo com essa hipertrofia da assistência clínica na atenção primária, ocorreu o enorme esforço de aumentar a qualificação dos profissionais de enfermagem, dando-se um prazo para que os antigos atendentes e visitadores fizessem o curso de auxiliar de enfermagem para poderem continuar prestando cuidados de saúde aos usuários.

Vale mencionar dois movimentos mais recentes de reorganização da assistência à saúde, a descentralização, com as constituição de distritos sanitários (Mendes, 1995), e o Programa de Saúde da Família, em suas diferentes modalidades regionais. Para além das suas nuances de conteúdo e forma, destacam-se seus referenciais de natureza epidemiológica: a base territorial e a adscrição da população, o planejamento e a programação local, a oferta organizada de ações (Paim, 1995), a perspectiva da intersetorialidade, o princípio da integralidade.

Considerando os objetivos deste estudo, ressalte-se o segundo movimento, o PSF, que inclui como seu instrumento privilegiado de atuação a vigilância à saúde, que se desdobra na visita mensal dos agentes a todas as famílias cadastradas e no acompanhamento, pela equipe, de grupos de risco. Para as doenças cardiovasculares, está previsto o diagnóstico individual do caso, o que implica mutirões para *screening*, e a mudança de comportamento dos indivíduos, realizada através de atividades educativas – em grupo ou nos contatos individuais.

O atendimento à demanda espontânea que, em um primeiro momento, em muitos locais de implantação do PSF foi secundarizada, gerou uma pressão de demanda e embate entre as expectativas da população e oferta de ações de saúde, deu origem, em um segundo momento, à instalação de atividade denominada de "acolhimento". O acolhimento denomina não só a atividade mas uma atitude que teria como objetivo propiciar a escuta da demanda e a busca de formas de resposta dentro e fora da unidade e do sistema de saúde. Portanto, o acolhimento integraria a demanda espontânea a atividades com características de oferta organizada (programática); no entanto, segundo a forma de se responder e reforçar a expectativa da clientela e de acordo com o padrão dominante de cuidado da saúde, corre-se o risco de reduzir o acolhimento a uma triagem para pronto-atendimento médico ou de enfermagem.

A partir dos anos 80, pôde-se identificar mais um movimento de reorganização das práticas de saúde, não tanto de natureza técnico-administrativa, como podem ser caracterizadas as propostas dos distritos sanitários e de saúde da família (Vasconcelos, 1999), mas de concepção de saúde e das formas de atuação, com ênfase em "novas" estratégias de promoção da saúde (Robertson & Minkler, 1994; Gentile, 1999). Tendo como marco a Carta de Ottawa, produzida ao final da Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde de 1986, delineiam-se cinco campos de ação: políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; ação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorganização do sistema de saúde.

Neste movimento da promoção da saúde, o que está em questão é o reconhecimento de que a saúde não está simplesmente relacionada à ausência de doenças ou ao tratamento de doenças, mas tem seu conteúdo ligado à qualidade de vida e ao bem-estar das populações.

A vigilância à saúde permitiu uma ordenação e organização das ações no âmbito em particular nas atividades institucionais ligadas ao controle das doenças de notificação compulsória e reforçou a noção de que a educação é um fator tão importante quanto a assistência clínica, para a melhoria da saúde. No entanto, tem obtido pouca repercussão no tocante à incidência das doenças e aos aspectos de participação das comunidades.

Entre as atividades educativas, estão as orientações, como a restrição ao fumo, o controle do uso do álcool, a redução do peso acima do padrão considerado como normal e a diminuição da ingestão de gorduras saturadas e colesterol. Entretanto, Breslow (1999) chama a atenção para o fato de que, embora devam ser alcançadas, constituem-se em medidas tipicamente de prevenção para lidar com fatores de risco (de doença coronariana, câncer de pulmão e alcoolismo), não se caracterizando, propriamente, como medidas de promoção da saúde.

Buss (2000) salienta que este tipo de enfoque está centrado apenas nas mudanças de comportamentos danosos dos indivíduos ou restritos a questões culturais de algumas comunidades. Considera que o conceito moderno de promoção da saúde deve implicar atividades voltadas tanto a grupos sociais como a indivíduos através de políticas públicas abrangentes (em relação ao ambiente físico, social, político, econômico e cultural) e do esforço comunitário, na busca de melhores condições de saúde.

Entre as formas de viabilizar a promoção da saúde, estão a ação intersetorial (integração de tipos diferentes de atuação) e o apoio social. Suas definições são como se seguem:

Ações intersetoriais: integração de esforços visando a alcançar mais e melhores resultados e racionalizar recursos. Apesar de a intersetorialidade ser

uma estratégia presente de longa data, no discurso de operacionalização de políticas sociais, há freqüentemente dificuldades para colocá-la em prática.

Apoio social: instrumento de trabalho na atenção básica à saúde visando à melhoria da qualidade de vida e ao domínio do grupo e do indivíduo sobre as situações. Parte-se do suposto de que uma pessoa ou grupo que detenha mais informações, mais habilidades e maior confiança em si pode proteger sua saúde e viver melhor.

O apoio ou suporte social representa um conjunto de ações que podem ser realizadas por diferentes tipos de pessoas: os membros da equipe de saúde, parentes, amigos, voluntários. Faz-se suporte, por exemplo, quando se fornece informação: com ela as pessoas e os grupos podem se proteger e se defender melhor; saber onde procurar ajuda para um problema; e aprender a se cuidar. Outro tipo de suporte é o apoio emocional: fazer companhia, conversar, aconselhar, encorajar, mostrar que se está do lado da pessoa ou do grupo nas suas decisões; esta modalidade faz com que as pessoas e os grupos ganhem mais confiança, mais força e possam decidir e lutar pelo que desejam (conceito de *empowerment*). Um terceiro tipo de suporte é chamado de instrumental, significando fornecer recursos técnicos e/ou materiais para ajudar a pessoa e os grupos a se protegerem e cuidarem melhor, podendo ser o desenvolver habilidades pessoais ou fornecer recursos materiais para cuidado da saúde ou manutenção da qualidade de vida (como, por exemplo, renda mínima, cesta básica, material para construção, medicação).

Como já se afirmou, o apoio pode ser leigo (parentes, amigos, voluntários) ou profissional. A vantagem do leigo é que, muitas vezes, quem faz o suporte está mais perto e conhece mais quem vai receber o apoio. Onde o suporte leigo não é suficiente, pode-se contar com o apoio profissional.

Um entendimento mais restrito é considerar o suporte como ação de natureza exclusivamente comunitária, a ser realizado mais no domicílio e na comunidade, do que na unidade de saúde. Outra forma de pensar, mais abrangente, é incluir o apoio social entre as ações básicas de saúde, realizadas em todos os espaços de atuação: na visita domiciliar, no contato com agrupamentos, locais de reunião, nos atendimentos individuais, nas atividades educativas. Quando o suporte é realizado por um integrante da equipe de saúde, o serviço se coloca na rede de apoio social, entre as estruturas de ligação entre indivíduos ou grupos sociais. A definição de qual é o suporte necessário não pode ser fruto de decisão apenas da equipe, mas da conversa dos profissionais com a população, definindo juntos os problemas a enfrentar e como fazer. Se a decisão é unilateral, corre-se o risco de o profissional pensar que está fazendo um apoio, e de quem o recebe considerar que o apoio é desnecessário ou que até

atrapalha mais do que ajuda. Por isso, a conversa é elemento imprescindível da atuação, ou seja, é uma conversa interessada (Schraiber, 1997), uma tecnologia não-material do trabalho.

Esse campo da promoção da saúde, com os seus instrumentos – a ação intersetorial e o suporte social – representa uma área nova de prática e de saber, envolvendo necessariamente identidades em construção.

Ainda como um último ponto aqui apresentado, estão diferentes concepções da ação em saúde. A corrente hegemônica na área da saúde entende que cuidar é tratar e, para tanto, prevê uma série de recursos materiais, humanos e formas de organização da assistência. Sabe-se, no entanto, que cuidar não é só corrigir distúrbios, mas também promover o bem-estar. E, diferente do tratar que, em geral, reduz o doente a objeto-paciente, é ao indivíduo que cabe julgar suas necessidades na busca do bem-estar. Portanto, para o cuidado, há necessidade de arranjos tecnológicos mais sensíveis às necessidades de saúde de indivíduos e coletividades (Merhy, 2000).

Ayres (1995) considera que o momento assistencial, espaço relacional entre profissional de saúde e usuário, espaço de 'trabalho vivo em ato', é propício para subverter o paroxismo 'objetivador' das pessoas nas práticas de saúde. E não só das pessoas, mas da universalidade do conhecimento científico, cujos conceitos, necessariamente, distanciam-se das realidades, complexas e vivenciadas (Czeresnia,1999).

Aliás, como o cuidado em saúde é sempre atividade prática (entendida como ação frente a outro visando certos resultados), que tem como referência a ciência e a técnica, exige também um saber prático. O cuidado é sempre um exercício, não podendo seu objetivo estar definido *a priori*, nem as formas de alcançá-lo, mas representando uma construção articulada de meios e fins (Ayres, 2000).

Quando se concebe a ação em saúde mais como cuidado, estabelece-se uma parceria entre profissional e indivíduo, baseada na qual se definem as origens e significados do problema, e as formas adequadas de enfrentá-lo. Neste caso, há que se reconhecer o paciente, o usuário ou a comunidade como um 'outro' portador de necessidades e valores, e se contar, como instrumento básico para a atuação, a participação, o diálogo, a negociação.

Para o âmbito deste estudo, ter como referência as modalidades assistenciais em saúde alimenta os métodos da pesquisa, fornecendo as categorias de análise dos conteúdos do trabalho dos agentes de saúde e das reuniões de equipe, além de orientar a interpretação dos relatos, por exemplo, de atividades desenvolvidas na comunidade, das dificuldades encontradas no trabalho, das sugestões dos agentes para conteúdo e forma de treinamento. Ainda, o estudo

das modalidades de atenção serviu como parâmetro para análise de perspectivas do trabalho dos agentes e das equipes e, por extensão, de possíveis modalidades de programa de saúde da família. Um último ponto de interesse para esse estudo é a relação entre a organização do trabalho – seus espaços, atividades, fluxos, registros, interações entre profissionais, relações com os indivíduos e comunidades, articulaçao com a rede social, formas e conteúdos do trabalho – e a construção de identidade dos sujeitos, no caso desse estudo, a do agente comunitário de saúde.

O PROCESSO DA PESQUISA

O desenvolvimento deste estudo privilegiou uma abordagem metodológica que possibilitasse a objetivação de categorias para caracterização do agente comunitário de saúde do Projeto Qualis, implantado em São Paulo, capital, tais que permitissem qualificar, especificar e discutir seu perfil ocupacional-social vigente e contrastá-lo com outros agentes de saúde de propostas similares implantadas no país, em uma perspectiva histórica de construção de uma identidade/viabilidade profissional.

Esse objetivo mais global contemplava desdobramentos e alguns recortes específicos, em especial: a contextualização histórica da emergência, no Brasil, das propostas de organização da assistência à saúde que previam a participação do agente de saúde visando à compreensão dos fatores intervenientes no perfil dos respectivos agentes de saúde; a definição de 'perfil ocupacional-social' como categoria síntese entre agir e interagir, e entre o desempenho e a identidade desse agente; a identificação de concepções e expectativas por parte dos diferentes sujeitos sociais dessas propostas em relação ao agente de saúde, nos diferentes espaços e momentos históricos; a caracterização do agente comunitário de saúde em área metropolitana, em termos de perfil ocupacional-social, em especial, no referente às ações que desenvolve, a sua interação com a organização do trabalho institucional, a sua inserção na equipe, sua articulação com os outros profissionais, a sua inserção em atividades comunitárias, a forma de relacionamento com os indivíduos e famílias da sua microárea, a sua concepção sobre a identidade do ser agente e sobre o trabalho desenvolvido e seu significado para a população; a análise do perfil ocupacional-social do agente do Qualis, em relação aos agentes de outras propostas implantadas no país, identificando os elementos de contraste e de afinidade quando da atuação em áreas metropolitanas e em áreas rurais; a discussão das especificidades do perfil do agente comunitário de saúde em áreas metropolitanas, contribuindo, assim, para o entendimento das possibilidades e das demandas/necessidades desse trabalhador e, ainda, a discussão de aspectos relacionados com a conformação de uma identidade profissional, em áreas metropolitanas.

Uma vez selecionado o objeto de estudo, impunha-se buscar as formas de apreendê-lo, o que orientou o enfoque no contexto e em pelo menos dois níveis da realidade em que ele se objetivava empiricamente: nas características do próprio objeto e do processo de trabalho e nas representações dos agentes desse trabalho (Mendes-Gonçalves, 1994), dos demais interessados pela intervenção, além das formas interativas apresentadas pelos agentes desse trabalho, no decorrer do trabalho em ato, captados nos seus depoimentos (Peduzzi, 1998).

Na medida em que cada um dos atores poderia ter seus próprios objetivos em relação à intervenção e também à sua avaliação, tornava-se necessário identificar as expectativas e os objetivos dos diferentes sujeitos sobre a intervenção e as interações, fossem eles gestores, financiadores, profissionais ou usuários reais e potenciais dos serviços ofertados.

É bastante extensa, nos dias atuais, a literatura específica sobre abordagens, dimensões e métodos analíticos quantitativos e qualitativos, inclusive sobre a elaboração de instrumentos de coleta de dados (Quivy & Van Campenhoudt, 1998; Marconi & Lakatos, 1988; Ferreira & Amado, 1996; Queiróz, 1991; Contandriopoulos et al.,1994; Minayo, 1994). As fontes e os mecanismos de coleta de dados para essa apreensão são também inúmeros e variados.

Uma abordagem bastante adequada e atualmente utilizada em pesquisa empírica de caráter qualitativo é a triangulação dos dados, cujo objetivo básico é abranger a máxima amplitude na descrição e compreensão do foco em estudo, por meio do cruzamento de múltiplos pontos de vista a partir de uma série de informantes e diferentes instrumentos de coleta de dados (Peduzzi, 1998).

A triangulação de dados implica assumir que, em uma abordagem qualitativa, a subjetividade do pesquisador e dos sujeitos participantes da pesquisa está presente, em todos os momentos. Assim, dada a subjetividade presente, quanto mais movimentos de aproximação com a realidade forem feitos, maior chance haverá de se apreender mais e melhor as dimensões do objeto de estudo, ou seja, busca-se, através de diferentes abordagens, de diferentes olhares, aumentar a acuidade, a visão, e por conseqüência, ampliar a possibilidade de conseguir uma compreensão, o mais próxima possível, das características reais do objeto estudado (Minayo, 1992; Miles & Huberman, 1995; Peduzzi, 1998; Mays & Pope, 2000).

Nessa perspectiva, além da análise da autopercepção e do trabalho concreto desenvolvido pelos agentes do trabalho, a partir do próprio agente de saúde, foram consideradas necessárias e incluídas, neste estudo, opiniões e concepções dos demais sujeitos que, direta ou indiretamente, contribuíam para a definição do perfil do agente comunitário de saúde do Qualis e que são interessados na implantação e nos resultados da intervenção (Silva et al., 1986; Souza, 1996; Chizzotti, 1991; Marconi & Lakatos, 1996; Bardin, 1977; Becker, 1994; Haguette, 1995).

CENÁRIO

O estudo foi realizado em dois projetos oriundos de parceria do Governo do Estado de São Paulo com o setor privado em três regiões do município de São Paulo, onde o Projeto Qualis está implantado, mediante o trabalho de equipes de saúde da família atuando nas Unidades Básicas de Saúde, nos domicílios e na comunidade:

- Qualis Santa Marcelina, na Região de Itaquera – onde a articulação do setor público – Ministério da Saúde e Secretaria Estadual da Saúde – e a parceria com o setor privado – no caso, uma Organização Social, a Casa de Saúde Santa Marcelina – viabilizou o início do projeto, em abril de 1996, para uma população de cerca de 120 mil habitantes;
- Qualis Fundação Zerbini, implantado nas regiões de Vila Nova Cachoeirinha e Parque São Lucas/Sapopemba, viabilizado mediante a articulação da Secretaria de Estado da Saúde com o InCor/HCFMUSP e a parceria com a Fundação Zerbini, cobrindo, até o momento da pesquisa, cerca de 150 mil habitantes.

Na época em que se desenvolveu o trabalho de campo, de março a maio de 1999, estavam implantadas 26 unidades básicas de saúde. O Qualis Santa Marcelina dispunha, na zona Leste, de 14 unidades e o Qualis F. Zerbini, de 12 unidades, sendo 7 na região Sudeste e 5 na região Norte (Figura 1).

Quanto à população atendida, optou-se por caracterizá-la utilizando a classificação dos distritos da capital, segundo padrões de Sposatti et al. (2000), intervalos de medida de exclusão e de inclusão social – variando de -1,00 a 1,00, elaborados a partir de 49 indicadores, desde os mais clássicos de mensuração de condições de saúde até variáveis outras de risco e de qualidade de vida.

Assim, apresentam-se aqui os distritos onde residia a população atendida pelo Qualis e, em ordem de classificação, as notas que lhes foram atribuídas após a análise das condições de vida de seus moradores. Cabe indicar que a referência positiva é a nota de inclusão 1,00 identificada no distrito de Moema. A referência negativa ou a nota de exclusão (Iex), -1,00, foi atribuída ao distrito de Lajeado, zona Leste do município, justamente onde se encontrava uma das unidades selecionadas para este estudo (Tabelas de 1 a 3).

Figura 1 – Localização das Unidades do Qualis/PSF – Município de São Paulo

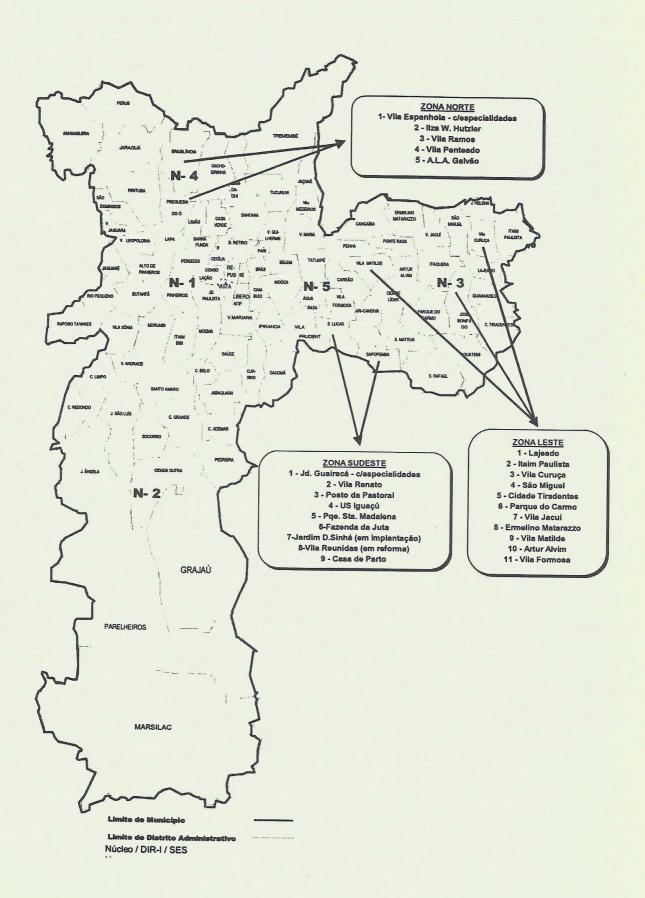



Tabela1 – Notas atribuídas aos distritos da zona Leste de São Paulo de acordo com análise das condições de vida de seus moradores – 1995

Posição	Distritos	IEX autonomia	IEX Qualid. de vida	IEX Desenv. humano	IEX Eqüidade	IEX
1º	Lajeado	- 0,78	- 0,75	- 0,87	- 0,54	- 1,00
2º	Itaim Paulista	- 0,90	- 0,43	- 0,95	- 0,50	- 0,95
7º	Vila Curuçá	- 0,68	- 0,37	- 0,76	- 0,53	- 0,80
14º	São Miguel	- 0,52	- 0,35	- 0,54	- 0,65	- 0,71
15º	Cidade Tiradentes	- 0,68	- 0,25	- 0,71	- 0,41	- 0,70
20º	Parque do Carmo	- 0,55	- 0,37	- 0,57	- 0,35	- 0,63
22º	Vila Jacuí	- 0,62	- 0,19	- 0,55	- 0,42	- 0,60
28º	Ermelino Matarazzo	- 0,62	- 0,20	- 0,44	- 0,28	- 0,52
41º	Vila Matilde	- 0,49	- 0,04	- 0,10	- 0,43	- 0,36
43º	Artur Alvim	- 0,44	0,20	- 0,32	- 0,42	- 0,33
46º	Vila Formosa	- 0,38	- 0,10	0,01	- 0,44	- 0,31
63º	Penha	- 0,24	- 0,02	0,39	- 0,41	- 0,10

Tabela 2 – Notas atribuídas aos distritos da região Sudeste de São Paulo de acordo com análise das condições de vida de seus moradores – 1995

Posição	Distritos	IEX Autonomia	IEX Qualid. de vida	IEX Desenv. humano	IEX Eqüidade	IEX
25º	Sapopemba	- 0,58	- 0,21	- 0,55	- 0,27	- 0,55
56º	São Lucas	- 0,52	- 0,08	- 0,31	- 0,25	- 0,18

Tabela 3 – Notas atribuídas aos distritos da região Norte de São Paulo de acordo com análise das condições de vida de seus moradores – 1995

Posição	Distritos	IEX Autonomia	IEX Qualid. de vida	IEX Desenv. humano	IEX Eqüidade	IEX
6º	Brasilândia	- 0,79	- 0,27	- 0,76	- 0,62	- 0,83
12º	Vila N. Cachoeirinha	- 0,64	- 0,26	- 0,66	- 0,58	- 0,73
42º	Freguesia do Ó	- 0,43	- 0,05	- 0,17	- 0,49	- 0,35

Fonte: Sposatti, 2000.

Como se pôde constatar, todos os distritos das regiões Leste, Sudeste e Norte da cidade de São Paulo foram classificados por Sposatti (2000) com referência negativa ou nota de exclusão variando de -0,10 a -1,00.

FONTE DE DADOS

Procedeu-se ao levantamento de dados secundários e primários, de natureza qualitativa e quantitativa. Em relação aos dados, cabe uma observação, a qual se aplica a toda a metodologia deste trabalho: a coleta de dados desenvolveu-se tendo como objetivo o projeto maior de avaliação da estratégia e de implantação do Qualis. Considerando-se que este estudo sobre o agente de saúde procedeu a um recorte do objeto maior da pesquisa, os dados foram utilizados e analisados conforme sua apropriação para a compreensão desse recorte específico.

Analisaram-se documentos de referência sobre propostas de Programas de Extensão de Cobertura, de Programas de Agentes Comunitários de Saúde – Pacs – e Programas de Saúde da Família – PSFs – e sobre o Qualis/PSF, implantado em São Paulo.

Além disso, levantaram-se dados a partir de:

- Entrevistas gravadas em áudio – com os sujeitos que desempenharam, no passado, ou no momento da pesquisa, função importante em termos de decisão sobre a implantação do Qualis. Assim, foram entrevistados formuladores ou *policy makers*, gestores e coordenadores, os responsáveis pela formulação da implantação e pela implantação do Qualis, dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde de cuja decisão dependia o funcionamento do Projeto, diretores das unidades básicas de saúde onde atuavam as equipes de saúde da família, profissionais integrantes das equipes de saúde da família – médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde, outros profissionais das

unidades e com membros de organizações e associações de moradores e ainda membros de Conselhos de Saúde;

- Observação direta do trabalho desenvolvido pelos agentes comunitários de saúde (com registro em diário de campo);
- Observação direta de reuniões da equipe da unidade de saúde da família, de reuniões de supervisão e de reuniões da equipe com a comunidade local (com gravação em áudio);

O trabalho de campo aconteceu entre durante os meses de março, abril e maio de 1999. A fase preparatória envolveu o recrutamento, seleção e treinamento de entrevistadores e observadores, a elaboração dos instrumentos e roteiros de entrevistas e observações do trabalho dos agentes comunitários de saúde, os entendimentos com financiadores, gestores e coordenadores dos Projetos Qualis, tendo em vista a marcação de entrevistas, as visita às três regiões onde o Projeto estava implantado, a definição dos critérios para a seleção das unidades de saúde onde se desenvolveriam as entrevistas com os profissionais e a observação do trabalho dos agentes de saúde.

Esses critérios, endossados, posteriormente, pelos coordenadores regionais, levavam em consideração: as características da população (sócio-econômicas, acesso a consumo de bens e serviços, inclusive saúde); as características da equipe em relação às características da população; o perfil das unidades (complexidade, origem – unidades do Qualis/antiga do estado ou prefeitura/de organização da comunidade, igreja etc.); os serviços disponíveis para a população; o perfil dos dirigentes de unidade (se do Qualis/se funcionário do Estado/outra situação) e o tempo de funcionamento da unidade (início das atividades necessariamente até final de 1998).

A partir dos critérios estabelecidos, a indicação das unidades de saúde foi feita pelas coordenações regionais (leste, norte e sudeste), como aquelas que melhor representavam ou melhor atendiam as principais condições de operação do Programa de Saúde da Família. Foram selecionadas, pelos respectivos coordenadores técnicos, quatro unidades da região Leste, três da região Sudeste e três da região Norte.

A providência a seguir foi o contato com os diretores das 10 unidades de saúde indicadas para acerto de aspectos relativos ao trabalho. Nessa oportunidade, cada diretor selecionou, entre as equipes de saúde da família existentes na unidade, aquela que mais se aproximava dos critérios pelos quais a unidade foi escolhida. Essas 10 equipes selecionadas seriam, a partir daquele momento, as representantes do Qualis para todos os procedimentos de coleta de dados, ou seja, entrevista com todos os membros, observação do trabalho dos agentes e observação de reuniões.

Os instrumentos utilizados na fase de coleta de dados foram:

a) entrevistas estruturadas, com base em roteiros (Minayo, 1992; Friedrichs, 1990; Silva et al., 1986). Os roteiros de entrevistas, para todos os profissionais, foram divididos em blocos temáticos, como explicitado, em anexo. O aprofundamento de cada bloco variou de acordo com a especificidade de cada grupo de entrevistados.

Em anexo, apresentam-se modelos de roteiros elaborados para as entrevistas, no caso, o roteiro para entrevista com os agentes comunitários de saúde. Foram realizadas, ao todo, 170 entrevistas. Torna-se importante referir que os dados originários das entrevistas não foram utilizados em sua totalidade para este estudo, mas apenas nos aspectos que contribuíam para a aproximação do objeto e, por conseqüência, para o cumprimento dos objetivos.

b) observação documentada (estruturada através de roteiros) do trabalho dos agentes comunitários de saúde. A técnica utilizada foi a da observação sistematizada não participante, com anotação em diário de campo (Silva et al., 1986; Mendes-Gonçalves, 1994). Esse método visou à coleta detalhada de dados e informações relativos às atividades e contatos cotidianos dos agentes de saúde no decorrer do trabalho, na unidade e fora dela. O observador deveria descrever, pormenorizadamente, as atividades, bem como sua duração, esforçando-se, ao mesmo tempo, para perturbar o menos possível o observado. O roteiro para observação, elaborado principalmente com base nas considerações de Quivy & Van Campenhoudt (1998) e de Silva et al.(1986), encontra-se nos anexos.

Com essa técnica, foi observado o trabalho realizado por cada um dos 38 agentes comunitários de saúde das 10 equipes selecionadas, durante uma semana, de 2ª a 6ª feira, durante 8 horas por dia, em todas as atividades. Assim, o agente foi acompanhado, pelo observador, no interior das Unidades de Saúde da Família, nas ruas da área de abrangência dos projetos, nas atividades de grupo, junto às famílias, especialmente nas atividades de visitas domiciliares e por ocasião de atividades junto à comunidade.

As observações do trabalho dos agentes foram registradas em diário de campo, específico para cada um dos agentes.

c) gravação e transcrição de 23 reuniões ocorridas nas unidades ou na comunidade, durante o tempo de observação do trabalho dos agentes.

PLANO DE ANÁLISE: o desempenho e o perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde

A escolha das dez unidades básicas de saúde para o desenvolvimento deste estudo de caracterização do perfil do agente comunitário de saúde foi orientada por critérios que levaram em conta a diversidade do perfil das unidades em função de diferentes variáveis e as características da população, o que se pressupunha tivesse influência no dia-a-dia do trabalho do agente.

Procedeu-se à exploração do material empírico tendo em vista a identificação do perfil ocupacional do agente e das variações existentes, das características, nas várias dimensões que foram priorizadas e apresentadas como questões.

Para a descrição, a análise da prática e a caracterização do perfil do agente comunitário de saúde foram utilizadas, como centrais, a observação do trabalho e as reuniões de equipes de saúde da família das quais participaram os agentes comunitários, gravadas durante o período de observação. Já os documentos, as entrevistas com os agentes de saúde e os demais atores forneceram elementos para a apreensão de dimensões que permitiram construir o quadro de referência para a caracterização do perfil profissional do agente comunitário de saúde do PSF em São Paulo, e a discussão desse perfil em áreas metropolitanas.

O desempenho do agente comunitário de saúde

O trabalho sobre cada um dos recortes deste estudo exigiu a utilização de quadros teóricos específicos para sustentação. Assim, considerando o PSF como um programa assistencial integrado por eixos de ações, utilizou-se referencial do campo da organização de serviços (Mendes-Gonçalves, 1994) para caracterizar as atuações desenvolvidas pelos agentes.

O olhar dirigido ao trabalho do agente visou a identificar as várias dimensões e os vários eixos que o caracterizavam. Foi um 'ir e vir' de olhares, de reflexões e de conclusões parciais sobre o objeto de estudo e com base no referencial teórico. Em outros termos, qual a natureza das ações que o agente desenvolve? E a responsabilidade? Resolve casos, leva mensagem, leva informações... Colhe apenas informações para a equipe? E o padrão de organização? O agente trabalha isolado, trabalha entre pares, trabalha em uma equipe complexa? E a autonomia? Embora não haja hierarquia no discurso, há na prática? Essas e outras questões fizeram parte do processo de elaboração dos instrumentos para descrição e para análise dos dados. Houve, então, um esforço de olhar o processo de trabalho do agente, internamente, procurando compreender as suas várias dimensões e interações.

Procedeu-se, em primeiro lugar, a partir dos 38 diários de campo da observação do trabalho do agente, à elaboração de um rol de ações, ou seja, foi feito um *check list*, integrado por tudo o que estava registrado sobre as atividades do agente durante a semana de observação.

O procedimento seguinte foi a descrever e analisar cada uma das ações desenvolvidas pelo agente. Realizou-se um trabalho análogo em relação aos dados obtidos com a gravação das reuniões de equipe das quais os agentes participaram.

Assim, houve uma categorização da prática do agente de saúde em termos de conjuntos de ações de diferentes naturezas, correspondentes, em termos gerais, aos pólos de intervenção característicos do modelo de análise utilizado: ações de planejamento/capacitação/supervisão; ações sanitárias e clínicas classificadas, por sua vez, em ações de vigilância à saúde e ações de assistência médica; ações educativas; ações comunicativas; ações de assistência social; ações intersetoriais; ações comunitárias; ações mistas.

Após a caracterização da prática de cada um dos 38 agentes de saúde, a síntese posterior, por região, apontou para uma regularidade, um padrão, em termos gerais, homogêneo de prática dos agentes, ou seja, dos aspectos que conformariam a caracterização do seu desempenho, em cada uma das regiões – Leste, Norte e Sudeste. A identificação dessa regularidade orientou duas decisões em termos de continuidade do tratamento dispensado ao material empírico. Em primeiro lugar, a decisão de aprofundar a análise dos aspectos relacionados com o desempenho e com o perfil ocupacional-social dos agentes de saúde, em duas unidades da região leste, uma da região norte e uma da região sudeste, ou seja, em quatro unidades, duas do Qualis Santa Marcelina e duas do Qualis vinculado à Fundação Zerbini. A segunda decisão foi analisar, em cada equipe, os diários observação de dois agentes de saúde, ao invés do universo (quatro ou cinco) disponível, por equipe.

A apresentação que se faz neste livro, a partir desse momento, refere-se a esse universo de 17 agentes comunitários de saúde.

A quantificação dos tipos de ação e de interação teve como objetivo uma comparação interna dessas tipologias e, assim, evidenciar o padrão dominante de desempenho dos agentes. Essa idéia deve orientar a leitura das informações constantes dos quadros apresentados.

Com um padrão de trabalho identificado com base na análise dos dados obtidos com a observação direta do trabalho dos agentes e com a gravação das reuniões de equipe, aprofundou-se a caracterização e a compreensão desse padrão a partir da análise dos dados obtidos com os documentos e com as entrevistas realizadas com os diferentes sujeitos do projeto.

Após caracterizar as ações dos agentes em tipologias, segundo a natureza do resultado que elas produzem como ação técnica, a fase seguinte do trabalho consistiu na análise da perspectiva da interação, ou seja, da relação que o agente promove – ou que resulta – no desenvolvimento do seu trabalho, tanto com os pares, com os demais profissionais da unidade, quanto com os indivíduos, as famílias e a comunidade. Esse processo resultou na caracterização do trabalho do agente em outras tipologias. Em outros termos, além dos diferentes tipos de ações, foram caracterizadas as diferentes modalidades e dimensões de interações que compõem as ações, ou que se conformam durante a sua realização.

A análise da interação do agente no desenvolvimento do seu trabalho envolveu o estudo dos vários componentes considerados como dimensões dessa relação:

- a responsabilidade/autonomia do agente no desenvolvimento das ações;
- a postura do agente face aos pólos político e técnico;
- a articulação com outros agentes e com outros profissionais;
- a inserção na estrutura da organização;
- a sua articulação com a organização profissional específica;
- o seu relacionamento com a população.

Após essa análise, os elementos encontrados já se constituíam elementos classificatórios de padrões, não mais padrões de trabalho, mas padrões de desempenho do agente, construídos com base no referencial teórico utilizado. O termo desempenho é aqui utilizado para indicar a caracterização do conjunto ações e interações no trabalho do agente comunitário de saúde.

A seguir, a partir do desempenho caracterizado, analisaram-se as entrevistas realizadas com os sujeitos do projeto. A partir da análise das entrevistas com os formuladores, gestores, dirigentes das unidades, profissionais da equipe e membros da comunidade, foram criados conceitos nucleares que possibilitaram a caracterização de concepções/expectativas que os vários atores envolvidos detinham acerca da inserção e da prática dos agentes.

As entrevistas realizadas com os próprios agentes comunitários de saúde, após leitura e elaboração de um resumo sistematizado dirigido para pontos específicos, possibilitaram a identificação de um determinado padrão de expectativa/percepção/posicionamento, sobre o seu trabalho. Nesse trabalho, foram criados conceitos de autopercepção os quais ampliaram as possibilidades de compreensão das negociações envolvidas na definição do perfil ocupacional, dos limites e das analogias/especificidades dos agentes comunitários de saúde do Projeto Qualis.

O perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde

Com base nos conceitos e teorias indicados, no material empírico e nas reflexões intermediadas, foram elaboradas categorias de análise do perfil do agente comunitário de saúde cujos padrões, aplicados aos desempenhos identificados, possibilitaram a discussão e a caracterização do perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde que atua no PSF.

A expressão perfil ocupacional-social é aqui utilizada para designar o resultado da combinação do desempenho do agente com a sua caracterização social, as expectativas dos demais sujeitos e as representações de que é portador sobre o seu trabalho. Assim, é um conceito de síntese, embora analítico, que incorpora os resultados de todas as etapas anteriores de análise.

Agente institucional e agente de comunidade foram as categorias de caracterização do perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde. O reconhecer essas categorias principais, nos inúmeros movimentos de aproximação com o objeto de estudo, não implicou a suposição de que essas tipologias pudessem ser identificadas na forma 'pura' ou 'ideal'. Pelo contrário, esperava-se, na maioria das ocasiões, a coexistência de situações polares com perfis híbridos ou mistos, ou mesmo o deslocamento do perfil do agente de uma categoria para outra, na dependência do encaminhamento da situação concreta de trabalho.

Apresentam-se as figuras 2 e 3, em que se faz uma síntese das etapas de análise utilizadas neste estudo.

Figura 2 – Síntese das etapas de análise para caracterização das ações e interações do agente comunitário de saúde

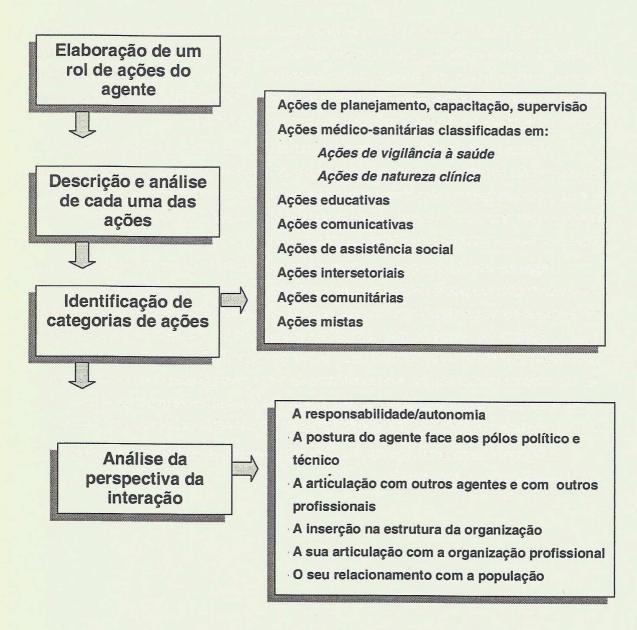
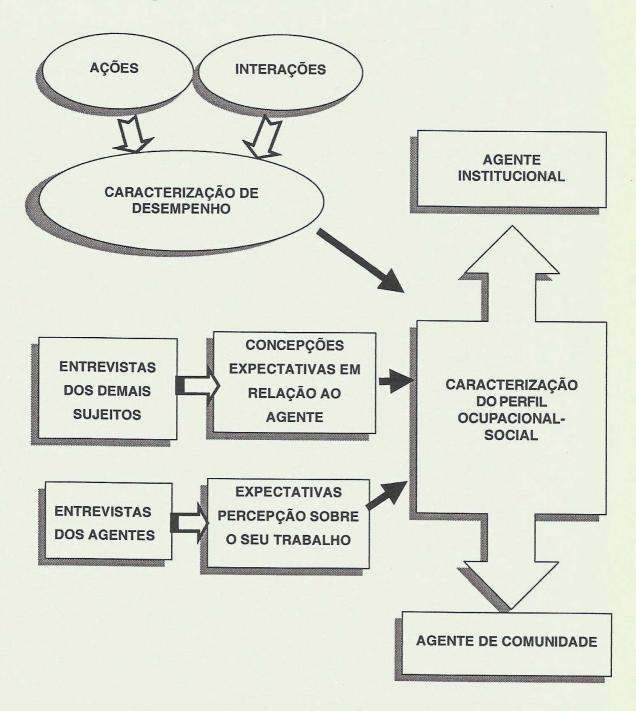



Figura 3 – Síntese das etapas de análise para caracterização das ações e interações do agente comunitário de saúde

3

Agente Comunitário de Saúde: o fazer, o saber fazer; o ser, o saber ser

Quem é o Agente Comunitário de Saúde

As informações tratadas aqui tiveram como base as entrevistas realizadas com os agentes comunitários de saúde das quatro equipes selecionadas do Projeto Qualis.

Ressaltam-se as dificuldades verificadas, em um estudo de natureza qualitativa, de apresentar e discutir um conjunto grande de resultados. Assim, optou-se por fazer uma apresentação comentada, e no capítulo seguinte, por uma síntese dos principais aspectos.

Apresenta-se, nos quadros 1, 2, 3 e 4, a caracterização dos dezessete agentes de saúde segundo as variáveis sexo, idade, local de nascimento, escolaridade e situação atual de estudos, tempo de residência no bairro, tempo e tipo de trabalho comunitário, trabalho anterior, motivação para ser agente e tempo de trabalho na unidade.

Como se pode constatar, há um amplo predomínio do sexo feminino, da faixa etária acima dos 30 anos, de escolaridade acima da exigida para o trabalho (saber ler e escrever). Apesar do longo tempo de residência no bairro, somente uma parte dos agentes tinha participação mais direta e pessoal em atividade comunitária, a maioria vinculada à Igreja Católica.

Ser agente comunitário de saúde aparece como oportunidade de reingresso no mercado de trabalho para muitos. Um pequeno número refere que tornar-se agente representou uma etapa de profissionalização do trabalho já investido em atividades de visita a doentes e contato com a população, nesse caso representando um reconhecimento e remuneração de atividade antes voluntária.

Grande parte dos agentes entrevistados foi contratada na implantação das Unidades de Saúde da Família, sendo poucos os que tinham menos de seis meses de vínculo. Quanto à situação de estudo atual, o curso de auxiliar de enfermagem é mencionado por três dos cinco indivíduos que continuam a estudar, apontando para uma busca de profissionalização no campo de atuação da enfermagem.

Quadro 1 – Caracterização de quatro agentes comunitários de saúde da Equipe 1 segundo sexo, idade, local de nascimento, escolaridade, estudo atual, tempo de residência no bairro, tipo de trabalho anterior, tipo de trabalho comunitário, motivação para ser agente de saúde e tempo de trabalho na unidade

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 1	AGENTE 2	AGENTE 3	AGENTE 4
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	31 anos	42 anos	58 anos	24 anos
Local de nascimento	Pernambuco	Paraíba	São Paulo (interior)	São Paulo (capital)
Escolaridade	2º grau	1º grau	1º grau incompleto (4ª série)	1º grau
Estudo atual	Auxiliar de enfermagem	2º colegial	5ª série (supletivo)	Não
Tempo de residência no bairro	20 anos	16 anos	19 anos	9 anos
Trabalho comunitário	Distribuição de leite (entrega tíquete na igreja com a sogra)	Antes de ser agente: igreja, catequese de adolescente e visita nas casas (semanal)	Sociedade de bairro – reivindicação de água, luz, asfalto	Não
Trabalho anterior	Caixa, balconista, não trabalhou 10 anos, recepção em hospital	Caixa, trabalho autônomo em casa	Costureira	Costureira
Motivação para ser agente de saúde	Oportunidade de emprego	Aprofundar o envolvimento com a comunidade, oportunidade de emprego	Oportunidade de emprego	Serviço em que não fica trancada sem ver o sol e recebendo ordens
Tempo de trabalho na Unidade	Menos de 1 ano	3 anos	3 anos	1 a 2 anos

Quadro 2 – Caracterização de quatro agentes comunitários de saúde da Equipe 2 segundo sexo, idade, local de nascimento, escolaridade, estudo atual, tempo de residência no bairro, tipo de trabalho anterior, tipo de trabalho comunitário, motivação para ser agente e tempo de trabalho na unidade

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 1	AGENTE 2	AGENTE 3	AGENTE 4
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	45 anos	48 anos	48 anos	51 anos
Local de nascimento	São Paulo (capital)	São Paulo (capital)	São Paulo (capital)	São Paulo (interior)
Escolaridade	1º grau	2º grau (contabilidade)	2º grau	2º grau (incompleto)
Estudo atual	Sim (aux. de enfermagem)	Não	Sim (aux. de enfermagem)	Não
Tempo de residência no bairro	27 anos	48 anos	12 anos	45 anos
Trabalho comunitário	Não	Legião de Maria, "visitas para levar a palavra"	Conhecia os vizinhos Ajudava nas festas da Sociedade de Bairros (sogra é secretária)	"Conhece todo mundo de supermercado, de rua..."
Trabalho anterior	Bordadeira profissional	Dona de casa	Atendente em empresa prestadora de serviços	Costureira autônoma agente dos Correio
Motivação para ser agente de saúde	Oportunidade de emprego	Visitar as pessoas, viabilizar horta comunitária	Oportunidade de emprego	Ajudar as pessoas dentro da sua comunidade
Tempo de trabalho na Unidade	Cerca de 3 anos	3 anos	12 meses	3 anos

Quadro 3 – Caracterização de cinco agentes comunitários de saúde da Equipe 3 segundo sexo, idade, local de nascimento, escolaridade, estudo atual, tempo de residência no bairro, tipo de trabalho anterior, tipo de trabalho comunitário, motivação para ser agente e tempo de trabalho na unidade

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 1	AGENTE 2	AGENTE 3	AGENTE 4	AGENTE 5
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino	Masculino
Idade	35 anos	24 anos	40 anos	33 anos	20 anos
Local de nascimento	São Paulo (região metropolitana)	São Paulo (interior)	São Paulo (região metropolitana)	São Paulo (interior)	São Paulo (capital)
Escolaridade	2º grau completo	2º grau (técnico contabilidade)	7ª série	2º grau (mecânico Senac)	2º grau completo
Estudo atual	Não	Não	Não	Não	Não
Tempo de residência no bairro	29 anos	16 anos	9 anos	20 anos	14 anos
Trabalho comunitário	Ajuda um e outro no bairro: ajuda muito um dos vizinhos; arruma roupa para quem ganhou bebê; ajuda na creche	Só conhecia 5 vizinhas da direita e 5 da esquerda da sua casa. Diz que S. Paulo é um mundo bem fechado, o pessoal vive com medo e se fecha a contatos	Não	Relação com vizinhança	Participou de reuniões da comunidade na adolescência
Trabalho anterior	Auxiliar de vendas	Contabilidade; depois cuidava do filho e da casa por 4 anos	Recepcionista em serviço privado de saúde	Metalúrgico	Carpinteiro
Motivação para ser agente de saúde	Curiosidade	Trabalho fora de casa	Oportunidade de emprego	Oportunidade de emprego	Oportunidade de emprego (conhecia atuação do agente de saúde quando morou no Ceará)
Tempo de trabalho na Unidade	Início da Unidade (10m)	Início da Unidade (10m)	6 meses		Início da Unidade (10m)

Quadro 4 – Caracterização de quatro agentes comunitários de saúde da Equipe 4 segundo sexo, idade, local de nascimento, escolaridade, estudo atual, tempo de residência no bairro, tipo de trabalho anterior, tipo de trabalho comunitário, motivação para ser agente de saúde e tempo de trabalho na unidade

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 1	AGENTE 2	AGENTE 3	AGENTE 4
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	56 anos	41 anos	34 anos	29 anos
Local de nascimento	São Paulo (interior)	São Paulo (interior)	São Paulo (capital)	Ceará
Escolaridade	Sem informação	1º grau	1º grau	2º grau (com curso técnico de administração)
Estudo atual	Não	Não	Não	Não
Tempo de residência no bairro	29 anos	32 anos	32 anos	6 anos
Trabalho comunitário	Pastoral da saúde. Entrega tíquete de leite. Catequese	Voluntária na Igreja (farmácia comunitária e gestantes); freqüenta reuniões da comunidade	Aula sobre a Bíblia para crianças	Igreja (jovens e crianças; visita a doentes; novenas)
Trabalho anterior	Costureira	Do lar	Assistente de telemarketing	Balconista; babá (12 anos)
Motivação para ser agente de saúde	Trabalhar com a comunidade com oportunidade de renda; não gosta de ficar parada (aceita também trabalho voluntário)	Gosta da área de saúde; experiência com trabalho voluntário na comunidade; curso de voluntária do Hospital do Câncer	Oportunidade de emprego	Oportunidade de emprego que conversa e lida com pessoas
Tempo de trabalho na Unidade	Início da Unidade de Saúde da Família (8m)	Início da Unidade de Saúde da Família (8m)	Início da Unidade de Saúde da Família (8m)	Início da Unidade de Saúde da Família (8m)

Como o perfil ocupacional-social dos agentes é constituído a partir do seu trabalho, pretende-se, na seqüência, apresentar as características utilizadas pelo agente para descrever o projeto no qual está inserido e a sua função nele.

Conforme se pode observar a seguir em trechos das entrevistas, a imagem geral que os agentes fazem sobre a área em que trabalham e a população-alvo do programa é de carência, ao passo que, em regiões próximas ou mesmo vizinhas, há famílias com melhores condições de vida. Nos bairros em que há pior qualidade de vida faltam recursos como saneamento, asfalto e iluminação. Para a população, muitas vezes a renda é considerada baixa e falta emprego. Muitas são áreas em que há tráfico de drogas e onde não se dispõe de espaços de lazer. Alguns dos agentes relacionam as más condições de vida com a emergência de doenças, como as mentais, e a dificuldade de manter o cuidado da saúde.

> É área carente. (Equipe 1, agente 1)
>
> O bairro tem lugar, na minha área, na minha microárea 5, eu não tenho problema, porque é asfaltada a rua, tem tudo. Agora tem áreas, realmente tem lugares aqui no bairro que é muito pobre, muito difícil, não tem esgoto, o esgoto é a céu aberto, não tem água, quando falta água da rua eles ficam uma semana sem água, muitas crianças andam de pé no chão. (Equipe 4, agente 2)
>
> Este é um bairro muito dificultoso, um bairro pobre. Hoje já está até um pouco melhor... Mas mesmo assim tem muita gente desempregada, não temos assim área de lazer... escolas até a gente tem, isso eu não posso reclamar... mas mesmo assim, ainda existem algumas crianças que têm dificuldade de estar arranjando vaga, porque as escolas são superlotadas. Posto de saúde também são poucos: é esse daqui e outro que não é do Qualis. Nós aqui, às vezes a gente fica muito triste porque vem muita procura para nós... (Equipe 1, agente 2)
>
> O bairro é precário, pessoas muito carentes... não tem muito recurso, não tem diversão, nem alguma coisa para os adolescentes, nada disso. (Equipe 1, agente 4)
>
> Pouca gente paga aluguel, a maioria é proprietário. (Equipe 1, agente 3)
>
> São casas da periferia, mas são casas de tijolos. (Equipe 3, agente 2)
>
> O pessoal, por ter casa própria, eles acham que não precisam de mais nada... a gente convida as pessoas e elas não comparecem... mas tem gente que ainda passa fome. É muito difícil fazer trabalho aqui. (Equipe 2, agente 2)
>
> Eu acho que o problema mais grave aqui é o desemprego, são as drogas. Tem hipertensos, depois diabéticos, crianças aqui tem poucas... são mais pessoas da terceira idade. (Equipe 2, agente 2)
>
> O bairro aqui às vezes é bastante agitado, porque aqui tem muito tráfico. Então dificulta um pouco o nosso trabalho por causa disso. O pessoal acha que a gente é da polícia e aí eles ficam um pouco cismados. (Equipe 3, agente 5)

> Tem um número muito grande de famílias depressivas. Você percebe que aquele fechamento, aquele medo de violência, aquela falta de confiança, aquela falta de contato humano estão tornando a família doente. (Equipe 2, agente 1)

Nas entrevistas com os agentes, identifica-se a percepção de que o programa implantado é essencialmente diferente do que existia anteriormente nos serviços de atenção básica. As unidades de Saúde da Família foram instaladas em áreas consideradas 'carentes'. Em muitas, já havia equipamentos de saúde, mas eque estavam praticamente desativados pela falta de profissionais. Os agentes relatam que o funcionamento de unidades de saúde vem, muitas vezes, responder às expectativas da comunidade para atendimento de suas necessidades, expressas por meio da mobilização popular:

> O posto aqui existia há quatro anos, só que com poucos recursos. Vinha médico de vez em quando, às vezes nem vinha e o bairro é grande e a necessidade é grande. Quando surgiu a oportunidade do Qualis, a gente batalhou para conseguir... (Equipe 1, agente 3)

> A unidade, na verdade, já tinha; já tinha o posto aqui, mas era inativo. (Equipe 2, agente 1)

> Foi através da Igreja que veio o posto. O padre... é que correu atrás e também nós todos... Nossa! Nós lutamos três anos, foi assim uma luta forte... uma luta muito boa e vitoriosa. O padre falou assim: "Primeiro a gente entra na luta do Posto, a gente consegue o Posto, depois a gente faz a horta [comunitária]". (Equipe 2, agente 2)

> Vacinei meu filho lá, eu nem vinha aqui porque esse posto aqui era muito abandonado, muito sombrio... acho que até por falta de verba mesmo não dava para eles cuidarem direito. (Equipe 3, agente 2)

> Esse projeto Qualis, na minha opinião, foi uma luta da diretora. Porque se não fosse uma luta da diretora, que o Posto já estava quase fechado, ficou dois anos sem atendimento, sem nada, só dentista e acho que as enfermeiras para dar vacina e tal. Não tinha médico. (Equipe 4, agente 1)

Nas entrevistas, os agentes diferenciam a assistência médica clínica (em consulta ambulatorial ou em pronto-socorro) do que aparece como um diferencial positivo do PSF, a possibilidade de prevenção de problemas de saúde, de fazer diagnóstico precoce e de manter um acompanhamento:

> Quando nós não tínhamos aqui, eles me relatam que iam procurar uma outra unidade, lá no (...), que é perto da linha. É do Estado, só que lá você precisava acordar às 3 horas da manhã para ficar na fila, para tentar passar em uma consulta. Ou ir ao pronto socorro quando estava doente (...). Não existia prevenção da doença. (Equipe 1, agente 1)

> Não tinha aquele acompanhamento, não tinha aquela prevenção, não tinha uma orientação... era coisa de pronto-socorro, sem atendimento. (Equipe 1, agente 4)

A gente vai lá no PAS e é tratado tudo rápido, faz a consulta rápida, nem olha para o rosto da pessoa, faz tudo de qualquer jeito. Aqui é um trabalho que a doutora vai na casa... mesmo o trabalho de consultório, demora um pouquinho porque a doutora conversa bastante, ela vê assim desde os pais... (Equipe 2, agente 2)

As pessoas iam ao PAS, que não é tão próximo, para uma emergência, era onde elas iam. E era coisa assim de quatro ou cinco meses para conseguir uma vaga. (Equipe 4, agente 3)

Quase todos os agentes relatam que, no início da implantação do PSF, os moradores visitados achavam que era uma proposta político-eleitoreira, mas que, com o tempo, foram vendo que era "uma renovação na saúde". Portanto, o PSF é vivenciado como uma reorganização da assistência à saúde, uma alternativa à prática assistencial hegemônica.

Para definir o projeto no qual estão inseridos, os agentes comunitários de saúde fazem uma oposição entre a concepção de saúde e a de doença. Ao contrário da forma de assistência predominante, o Qualis não estaria voltado só para a atenção a doentes, mas também incluiria as atividades de prevenção e promoção da saúde. Seu objeto de atuação também não se limitaria ao indivíduo, mas abarcaria a família. Como estratégia de atuação, a assistência não estaria centrada no trabalho do médico e no espaço do consultório, mas envolveria uma equipe na qual estaria incluído o próprio agente de saúde e a visita domiciliar:

O sistema de saúde curativo já existe em todos os lugares. No sistema de saúde do Qualis a gente trabalha muito mais no sentido de prevenir para que, no futuro, talvez a gente possa ter uma condição de vida melhor. Porque não adianta estar fazendo o programa curativo e a doença permanecer, e retoma um pouco um sistema que antes existia, de conscientização, de [entendimento] que nem tudo depende do médico... (Equipe 1, agente 3)

Qualis é um projeto da família, tem que trabalhar com a prevenção, prevenindo tudo... (Equipe 1, agente 4)

O Qualis não espera só as pessoas, a comunidade vir até o posto, nós vamos até eles. (Equipe 1, agente 1)

O Qualis veio para tomar conta, para cuidar da população, que não é só saúde, tem a moradia, como a pessoa vive, se está empregada. (...) O Qualis veio para unir todas as pessoas em prol de uma coisa melhor para todas elas, para todos nós que moramos aqui. (Equipe 2, agente 2)

Os outros postos de saúde que a gente tem aqui na região não têm o agente comunitário. Então, essa é a grande diferença que o pessoal sempre fala. (Equipe 1, agente 2)

Nós trabalhamos com cadastramento (...). Cada agente tem no mínimo 200 famílias cadastradas. Para essas pessoas o agente faz visita domiciliar, trabalha com a visita, com orientações e prevenção. O que vem para o posto é [a procura de] exames... porque a gente orienta sobre

> Papanicolau... e a procura por consulta médica... tem algumas pessoas que não entendem a prevenção, que têm a cabeça voltada mais para a consulta médica (Equipe 1, agente 2)
>
> O Qualis procura ajudar o pessoal que está mais necessitado (Equipe 3, agente 5)
>
> Para muitos é quase que nem um pronto-socorro. Porque para as pessoas, além de ter um bom atendimento, parece que se torna amigo dos médicos. (Equipe 4, agente 1)

Os agentes respondem, de forma imediata, que os grupos que têm prioridade são as gestantes, os menores de um ano, hipertensos, diabéticos e tuberculosos, mas não conhecem os motivos para a priorização desses grupos.

No seu trabalho, os agentes destacam a atuação preventiva. Sua ação visa a lidar com os hábitos, os comportamentos e as concepções das pessoas. A compreensão da relação entre saúde e doença mostra-se ampliada (em relação ao modelo médico biológico) e a atuação busca maior impacto, envolvendo atividades sobre o meio ambiente, as relações entre as pessoas e o estilo de vida:

> Primeiro, a visita domiciliar, que é o centro [do trabalho] do agente. Na visita domiciliar a gente orienta... o aleitamento, o Papanicolau, sobre a verminose, sobre água filtrada, caixa d'água, é tudo na base da orientação... (Equipe 1, agente 4)
>
> A gente precisa saber trabalhar a cabeça das pessoas... (Equipe 1, agente 1)
>
> Eles ainda têm a cabeça voltada para a consulta médica porque nós nunca tivemos um trabalho de prevenção que nem temos agora na região. (Equipe 1, agente 2)
>
> Acho que o Qualis veio para unir os moradores, unir as famílias no conhecimento. Porque já que o médico atende todo mundo da mesma família, ele passa a conhecer cada membro da família, e não uma...e os problemas de todos. Porque eu acho que muitas vezes a gente pensa que [o problema] está em um e não é: o problema está mais em outra pessoa da família, que acaba acarretando o problema geral. (....) Mas não é só assistência médica, mas eu acho que é apoio... Tem pessoas que precisam mesmo de atenção, de alguém para conversar, para desabafar seus problemas (Equipe 4, agente 4)

A equipe de saúde valoriza as pessoas que fazem acompanhamento sem faltas e seguem a prescrição. O reconhecimento se dá quando a clientela segue as normas estabelecidas para o cuidado da saúde:

> A doutora gosta de tratar de pessoas que se preocupam com a saúde, marcam uma consulta e comparecem. Agora, uma pessoa que não comparece, aí já fica meio difícil, porque ela não sabe cuidar nem dela... Aí já viu que o negócio está feio. É para fazer o acompanhamento certinho. (Equipe 2, agente 2)

A diferença entre as formas de concepção dos cuidados da saúde é entendida como relacionada com a oferta de atenção: o Qualis vem se implantar

em muitas áreas onde a oferta anterior de assistência era do tipo atendimento a queixas, baseada em consulta médica. A oferta de orientações para prevenção é nova e não corresponde à experiência anterior da população.

No entanto, destaca-se a responsabilização individual pela saúde, não se estimulando, na maioria das situações, a solidariedade nem se colocando em pauta os direitos sociais:

> Eles ainda têm a cabeça voltada para a consulta médica porque nós nunca tivemos um trabalho de prevenção que nem temos agora na região... Se todo mundo fizesse um pouco o que a gente faz, não teria tanta desinformação. As pessoas, com este trabalho que a gente faz, começaram a valorizar a própria saúde, porque, até então, eles achavam que a saúde deles dependia do médico – o que não é verdade. A saúde nossa é responsabilidade nossa. (Equipe 1, agente 2)
>
> Cinqüenta por cento são pessoas muito resistentes... (Equipe 1, agente 1)

No terreno das orientações, aquilo que o agente fala às vezes não vai ao encontro da experiência da família como, por exemplo, no caso do aleitamento/alimentação da criança:

> Você procura orientar no que é bom, mas se a mãe dela falar: "Dá o leite na mamadeira, minha mãe já deu e a gente está vivo". Então a gente tem que sensibilizar mesmo, tem que ir com jeitinho, com jogo de cintura, e sensibilizar. (Equipe 1, agente 4)

Para opiniões conflitantes, valores e experiências diferentes, o agente vê, como estratégia, melhorar a forma de convencimento, colocando-se como portador do conhecimento verdadeiro. O reconhecimento do saber e da opção do outro, o diálogo, a troca de opiniões não se consideram alternativas.

Os programas básicos de saúde precisam de insumos. Para os grupos de alto risco priorizados pelo PSF, como hipertensos e diabéticos, dispor do fornecimento regular da medicação é um recurso fundamental para prevenir complicações cardiovasculares, além de um meio de manter a própria aderência ao seguimento médico e os cuidados gerais, como dieta e atividade física. A falta de remédios implica sérias limitações ao trabalho da equipe e aos seus resultados:

> Por mais que a pessoa [hipertensa] seja orientada sobre a dieta, sobre o lazer, sobre os problemas psicológicos, que elas podem aprender a melhorar suas condições físicas... o medicamento é primordial. (Equipe 2, agente 1)
>
> No fim do ano [1998], ficamos mais de dois meses sem medicação nenhuma. (...) E aí a gente faz o trabalho todo de prevenção com diabético, com o hipertenso, todo esse trabalho... ele está fazendo a caminhada, está fazendo dieta, tudo direitinho, aí acabou a medicação. O desemprego aqui está geral e a pessoa não tem como comprar (...). O médico não tem mais como fazer uma mudança porque nós não temos

> nada para trocar. Aí, em um mês ou dois, (...) essa pessoa está com problema novamente... Esse mês, graças a Deus, chegou a medicação, vamos esperar que não venha a faltar... (Equipe 1, agente 3)

A Prática do Agente Comunitário de Saúde

A observação direta do trabalho dos agentes comunitários de saúde do Qualis foi desenvolvida de acordo com a metodologia referida no capítulo correspondente. Os observadores acompanharam os agentes de saúde das equipes de saúde da família selecionadas para o estudo, de 2ª a 6ª feira, durante 8 horas por dia, em todas as atividades que eles realizaram, na unidade, no domicílio e na comunidade, efetuando todas as anotações no diário de campo.

Essa sistemática possibilitou acertos entre o observador e o agente observado para que fosse acompanhado durante o período do dia em que o trabalho se desenvolvia, ou seja, das 7h às 16h ou das 8h às 17h, conforme escala de trabalho. Na medida em que o trabalho do agente algumas vezes transcende esse horário, não se observaram eventuais reuniões com a comunidade que ocorreram após o horário de trabalho.

Cabe esclarecer que as anotações dos observadores foram lidas no sentido de identificar, em cada visita, todas as ações desenvolvidas, diferenciadas por suas características. Assim, em uma mesma visita, em um mesmo contato com um usuário, em qualquer local, foram anotadas todas as ações. Isto explica que o número de ações identificadas é, e deveria ser, pela metodologia utilizada, superior ao número de oportunidades de contato.

Conforme se pôde constatar na observação do trabalho do agente comunitário de saúde, do ponto de vista numérico, a maior parte da sua atividade é desenvolvida fora da unidade, constituída por visitas domiciliares ou contatos realizados na rua. Em seguida estão as atividades realizadas na unidade; as ações na comunidade ocorrem com ínfima freqüência. No entanto, em termos da distribuição da carga de horas de trabalho, os agentes passam mais de 50% do tempo na unidade do que em atividades externas.[1]

---

[1] Como constatado nas dez unidades visitadas no Projeto Novos Modelos de Assistência à Saúde: avaliação do Programa de Saúde da Família no município de São Paulo, os agentes comunitários de saúde permanecem dentro da unidade mais de 50% do seu tempo de trabalho, seja em atividades assistenciais (grupos educativos, acolhimento), seja em reuniões, seja organizando seu trabalho (e, às vezes, da equipe) e fazendo anotações. Nas unidades de saúde da região Leste (Qualis I), os agentes trabalham, em média, 37,2 horas por semana, sendo 56,7% desse tempo dedicado a atividades dentro da unidade de saúde e 43,3% utilizado para visitas domiciliares e trabalhos fora da unidade de saúde da família. Já os agentes da região Sudeste, durante a semana observada, permaneceram 61,9% da carga horária semanal média (38,38h) em atividades internas. Na região Norte, o tempo dedicado a reuniões, relatórios, planejamento do trabalho, treinamentos e atendimentos à própria saúde foi de 63% da média total de horas trabalhadas na semana (39,26h).

Apesar de as visitas terem como local de realização os domicílios, ocupados na maior parte por famílias, e estas serem o alvo formal do projeto, pôde-se constatar que as ações dos agentes são dirigidas, em grande parte, a uma pessoa do domicílio. Mesmo quando se tem contato com mais de um indivíduo, ou colhem-se informações sobre mais alguém na mesma casa, fica-se com a impressão de que a abordagem do agente, na maioria das vezes, não se faz no sentido de considerar a dinâmica familiar, mas o somatório dos indivíduos que coabitam o domicílio.

AS AÇÕES E AS INTERAÇÕES

No capítulo 2, usou-se a terminologia 'desempenho' para caracterizar a prática dos agentes de saúde, conceito que envolve tanto as ações no campo da saúde e na comunidade como as interações entre sujeitos.

As ações caracterizadas neste capítulo foram identificadas com base nos cadernos de observação dos agentes comunitários de saúde. As vantagens dessa abordagem são enfatizadas por todos os pesquisadores que se dedicam ao estudo de metodologias com enfoque qualitativo. Cabe lembrar, entretanto, no sentido de uma explicitação dos limites das informações aqui colocadas, em primeiro lugar, o fato de que os registros, a matéria-prima utilizada para a análise, foram elaborados por sujeitos que, embora treinados para garantir o máximo de isenção e de uniformidade, na ocasião da observação, certamente tiveram de optar pelo que, segundo os seus valores e a exigüidade do seu tempo, seria o mais importante a registrar.

Quanto às características do agente e à possibilidade de ele ter-se preparado para a observação, Mendes-Gonçalves (1994), em estudo das características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo, chama a atenção para limites da coleta de dados através da observação direta do trabalho dos profissionais, ou seja, do "ambiente natural" em que a coleta de dados se desenvolve.

Em primeiro, o autor refere-se às possíveis conseqüências limitantes, resultantes do constrangimento dos sujeitos observados, inclusive o bloqueio do desenvolvimento dos trabalhos e, como mais importante, a possível "falsificação" dos procedimentos por referência aos que são habitualmente utilizados. A argumentação que ele desenvolve a favor da técnica centra-se na certeza de que se os agentes tendem a "aperfeiçoar" suas ações, na presença do observador, tendem a fazê-lo para melhor, o que já é um resultado ao indicar as concepções que têm da sua prática e como elas devem ser desenvolvidas.

No caso do estudo a que se refere este livro, os observadores e entrevistadores, reunidos com a pesquisadora após a conclusão do trabalho de

campo, avaliaram que não identificaram constrangimento dos integrantes das equipes por ocasião das entrevistas, nem das observações.

A outra situação lembrada por Mendes-Gonçalves, do "falseamento para melhor", segundo os coletores de dados, se ocorreu, foi apenas durante o primeiro dia. Eles avaliaram que, na quase totalidade das situações, depois de reagirem com um pouco de espanto, o que durou cerca de meio dia de trabalho, os agentes logo se sentiram à vontade e comentavam todos os assuntos com o observador. Explicavam cada detalhe do trabalho e apresentavam-no às famílias com o orgulho de quem imagina que o seu trabalho foi "escolhido" para ser observado. Na maioria das unidades, houve festa para o observador no último dia e até certificados de 'sombra' foram conferidos. Um fato interessante, em relação aos agentes observados, que evidencia o modo como foi recebida a atividade, foi o questionamento por parte de vários deles, do "por que nós não vamos ser acompanhados também?", como se isso fosse um prêmio por um desempenho diferenciado.

Apresentam-se, no Quadro 5, as ações desenvolvidas pelos agentes, na semana de trabalho observada. Em primeiro lugar, chamam a atenção a diversidade e a heterogeneidade em termos de conteúdo e de abordagem dos assuntos, nas visitas domiciliares observadas. Uma segunda observação, também bastante genérica, diz respeito à freqüência com que ocorrem determinadas orientações nas visitas.

Se considerarmos a fala dos agentes de saúde nas entrevistas, em que eles identificam como ponto central do seu trabalho as orientações, especialmente sobre prevenção de doenças e sobre saneamento, na observação do Quadro 5, em nenhuma das equipes e semanas observadas isso se traduziu em uma prática preponderante. Ao contrário, como se pode constatar, as ações em torno da assistência médica e do controle de riscos (reforço da conduta médica, controle de medicação/tratamento e ainda marcação de exames e consultas) é que representam a maior parte das atuações dos agentes. Por sua vez, identificou-se nas visitas uma série de "conversas" – sobre família, emprego, os acontecimentos no bairro, comentários sobre saúde e doença –, abarcada sob a sigla "ações comunicativas".

Para melhor caracterização das ações dos agentes de saúde, agregamos, na seqüência, os conteúdos das reuniões de equipe (Quadro 6).

Quadro 5 – Distribuição das atividades dos agentes comunitários do Qualis conforme natureza da ação

ATIVIDADES	Equipe 1 Agente 4	Equipe 1 Agente 2	Equipe 2 Agente 1	Equipe 2 Agente 2	Equipe 3 Agente 3	Equipe 3 Agente 5	Equipe 4 Agente 1	Equipe 4 Agente 2
NATUREZA DA AÇÃO								
1. Capacitação e treinamento					01	01		01
2. Planejamento/acompanhamento/ avaliação das ações de saúde								
A – cadastramento das famílias			01	05		10	01	
B – atualização de cadastro				01		04	01	
C – coleta de dados	11	28		04	26	25	01	03
D – consolidação de dados	01			03				
E – elaboração de relatórios	05	06	02	06	02	01	01	03
3. Reuniões de equipe	05	05	04	08	10	01	06	09
4. Ações médico-sanitárias								
A – prevenção e monitoramento de situação de risco e meio ambiente (vigilância sanitária)			03	01	01			01
B – prevenção/monitoramento de doenças prevalentes/grupos específicos de risco (vigilância epidemiológica)	18	35	13	15	22	28	19	22
C – promoção à saúde	01	10	10	06	01	03	06	01

Quadro 5 – Distribuição das atividades dos agentes comunitários do Qualis conforme natureza da ação (continuação)

ATIVIDADES	EQUIPE 1 AGENTE 4	EQUIPE 1 AGENTE 2	EQUIPE 2 AGENTE 1	EQUIPE 2 AGENTE 2	EQUIPE 3 AGENTE 3	EQUIPE 3 AGENTE 5	EQUIPE 4 AGENTE 1	EQUIPE 4 AGENTE 2
D – ações de reforço à conduta médica		14	10	09	03	03	05	01
E – ações de controle de medicação/tratamento	06	20	12	20	19	12	07	22
F – marcar consulta/exame (inclui orientação)	09	30	08	37	22	08	22	26
G – ações de prestação direta de cuidado	01			01	04		03	02
5. Ações educativas								
A – questão escolar		01						
B – trabalho		01		01				
C – condição de moradia/móveis/dinheiro	01	04						
D – sexualidade								
E – hábitos de higiene (atividade física, vestuário, repouso, fumo)	01	09	01	01	03	09	06	03
F – prevenção de doenças	18	18	13	08	17	22	16	19
G – planejamento familiar								
H – qualidade de vida, relações familiares		03				01		
I – estigma							01	
J – alimentação/amamentação/ ervas medicinais	08	20	02	02	04	04		06
6. Ações comunicativas	18	11	15	27	22	22	10	11
7. Ações de assistência social	02		02				02	01
8. Ações comunitárias	04		07	02	01			
9. Ações intersetoriais	02			01				

Quadro 6 – Distribuição das temáticas discutidas em quatro reuniões de equipe do Qualis conforme compreensão do problema, tipo de problema, conteúdo da ação proposta e discussão acerca do trabalho

CARACTERIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS	Equipe 1	Equipe 2 Reunião 1	Equipe 2 Reunião 2	Equipe 2 Reunião 3	Total
Número de questões discutidas	16	17	9	8	50
I – Compreensão do problema/ questão político-social		1	3		4
Condições de vida		1		1	2
Falta de recurso pontual					
Estrutura familiar	1	3		2	6
Problema individual: Orgânico	6	4	1	4	15
Psicológico		3	1		4
Comportamental	2	3		2	10
Funcionamento do sistema de saúde/PSF	2	2	2		6
Novos cadastrados/solicitação de consulta	3	4		2	9
II – Tipo de problemas 1. Vigilância sanitária/ambiente			1		1
2. Vigilância à saúde Prevenção (vacina)		1			1
Óbito, internação/alta				1	1
Nascimento	2				2
Grupo de risco a) gestante	1				1
b) criança < 1 an				1	1
c) criança 1 a 5 anos		2			2
d) cardiovascular (HA, DM)	2	3		2	7
e) idoso					
f) *screening* câncer gineco		1			1
3. Vigilância epidemiológica	1	1			2
4. Promoção à saúde		1			1
5. Caso clínico/individual	9	6	1	3	19
6. Problema de saúde mental				1	1

Quadro 6 – Distribuição das temáticas discutidas em quatro reuniões de equipe do Qualis conforme compreensão do problema, tipo de problema, conteúdo da ação proposta e discussão acerca do trabalho (continuação)

CARACTERIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS	EQUIPE 1	EQUIPE 2 REUNIÃO 1	EQUIPE 2 REUNIÃO 2	EQUIPE 2 REUNIÃO 3	TOTAL
III – Conteúdo/ação proposta					
A – Médico-sanitária					
Conferir suporte social		1		1	2
Prestar informação	5	2			7
Fazer orientação para autocuidado		1		2	3
Levar mensagem/insumo	1		1	2	4
Colher informação					
Acompanhar/passar o caso para outro profissional	1	1		3	5
Marcar/remarcar atendimento	4	5		1	12
Controle medicação/tratamento		1			2
Controle exames		1			1
Controle faltoso/seguimento programático	1	1			2
Nada proposto		2			2
B – Educativa					
Escola, trabalho					
Moradia		1			1
Sexualidade/planejamento familiar					
Hábitos/higiene/comportamento				2	2
Relações familiares				1	1
Qualidade de vida					
Alimentação/aleitamento		1		2	3
Uso de serviços de saúde					

Quadro 6 – Distribuição das temáticas discutidas em quatro reuniões de equipe do Qualis conforme compreensão do problema, tipo de problema, conteúdo da ação proposta e discussão acerca do trabalho (continuação)

CARACTERIZAÇÃO DAS TEMÁTICAS	EQUIPE 1	EQUIPE 2 REUNIÃO 1	EQUIPE 2 REUNIÃO 2	EQUIPE 2 REUNIÃO 3	TOTAL
C – Comunicativa (conversas com usuário, com família)					
D – Comunitária					
Lazer			1		1
Reivindicação de serviços, benfeitorias			2		2
IV – Organização de escalas, atividades, agendas etc	2	3	1		6
V – Discussão acerca do trabalho/ modelo de atenção do PSF	1	5	3		9
Trabalho em equipe		1	1	1	3
Relação com:					
- Comunidade (C)					5C
- Usuário(U)	1R	2U	1C, 1U	1U	1T
- Rede de serviço (R)	1U	3R	2R, 1T		6R
- Intersetorial (T)					1C
Informações clínica (terapêutica, evolução, procedimento, relação médico-paciente)	3	4		7	14
VI – Natureza da questão discutida					
Assistência:					
- Individual (I)	13 I	8 I	1 I	6 I	28 I
- Familiar (F)		2 F		1 F	3 F
- Comunidade (C)					
Técnico administrativa	1	9	6	2	18
Mista (Assis. ind. + técnico adm.)		3			3
Outra			1		1

Houve oportunidade de registrar, apenas, quatro reuniões de equipe nas semanas de observação, sendo que três de uma única equipe. Ao todo foram caracterizadas 50 questões discutidas pelas equipes. Entre elas, destaca-se a ênfase não apenas à concepção dos problemas apresentados como relacionados com a condição do indivíduo (sob um enfoque principalmente orgânico e comportamental) – presente na compreensão de 25 dos 50 problemas – mas também às discussões com destaque do caso clínico (19 casos). Entre as ações propostas, sobressai a marcação/remarcação de atendimento (12 das ações propostas), na maior parte das vezes com o médico de família da equipe. As relações familiares e as ações educativas e comunitárias quase não apareceram como temática nas reuniões de equipe.

Apresenta-se, no Quadro 7, um condensado das interações realizadas pelos agentes de saúde nas suas atividades cotidianas observadas no espaço de uma semana, analisadas sob o ângulo da responsabilidade/autonomia de ação, bem como da postura e perspectiva de atuação do agente.

Como se pode constatar, destacam-se, entre as responsabilidades do agente, a prestação de informação, especialmente sobre acesso a serviços e ações de saúde, a função de elo comunicativo (mais estritamente entendido como levar mensagens e insumos da unidade à casa e vice-versa) e a coleta de informações nas visitas mensais de rotina. Quanto à postura do agente, é nítida a hegemonia do pólo técnico em relação ao político-social, e da perspectiva de atuação institucional em relação à comunitária.

O agente de saúde trabalha bastante articulado com a equipe (Quadro 8), interligando a casa e a unidade, as pessoas e os demais membros da equipe de saúde da família.

Quadro 7 – Distribuição das atividades de oito agentes comunitários de saúde do Qualis conforme natureza da interação

ATIVIDADES	EQUIPE 1 AGENTE 4	EQUIPE 1 AGENTE 2	EQUIPE 2 AGENTE 1	EQUIPE 2 AGENTE 2	EQUIPE 3 AGENTE 3	EQUIPE 3 AGENTE 5	EQUIPE 4 AGENTE 1	EQUIPE 4 AGENTE 2
Natureza da Interação I – Responsabilidade/autonomia de ação								
1. Toma decisão/tem iniciativa	07	19	16	19	03	02	08	05
A – presta cuidados físicos	01	01			05		07	03
B – prescreve tratamento/atitude	02	04			02		07	03
C – desenvolve orientações	09	28	15	19	14	05	05	18
D – presta informações	02	15	12	15	16	21	09	18
E – reforça conduta médica	03	07	10	13	05		02	02
F – faz encaminhamentos	01	22	14	12	20	09	07	08
2. Leva mensagens/insumos	02	12	12	15	25	18	22	33
3. Colhe informações	05	28	08	12	21	21	04	15
4. Acompanha outro profissional	09	05	03		03		20	20
5. Não se envolve com solicitação do usuário	01	05	03	07	02	05	01	01
II – Postura do agente								
1. Pólo técnico – racionalidade do trabalho clínico-sanitário	18	42	24	66	53	38	55	70
2. Pólo político-social – transformação social/ direitos		01	07	05	06	02	07	05
3. Omissão parcial/total em relação ao usuário	01		06	101		04		
III – Perspectiva de atuação								
1. Institucional	18	39	27	64	52	36	54	69
2. Comunitária (solidariedade, auto-cuidado)	01	01	10	08	06	01	12	06

Quadro 8 – Distribuição das atividades de oito agentes comunitários de saúde do Qualis conforme a articulação do trabalho com os demais membros da equipe e a população

ATIVIDADES	EQUIPE 1 AGENTE 4	EQUIPE 1 AGENTE 2	EQUIPE 2 AGENTE 1	EQUIPE 2 AGENTE 2	EQUIPE 3 AGENTE 3	EQUIPE 3 AGENTE 5	EQUIPE 4 AGENTE 1	EQUIPE 4 AGENTE 2
Articulação do trabalho do agente								
Não faz referência a outras pessoas	08	23	09	04	12	11	04	
Interage com equipe	14	23	23	68	52	31	53	61
Interage com outro agente de saúde	02		05	02		01	04	13
Interage com população			09	02				

A equipe é constituída no processo de trabalho (Peduzzi, 1999): na finalidade comum do trabalho, na troca de informação, no espaço da reunião, no compartilhamento de tarefas, na homogeneidade da mensagem e da linguagem, na percepção/vivência de que o todo é maior (e mais forte) do que cada parte isolada:

> No começo foi um pouco difícil, porque cada um tem o seu jeito de pensar, mas agora é bem dizer um casamento, já faz três anos que eu estou neste projeto, a gente já se conhece bem... (Descreve que a cor do olho do médico muda quando ele está bravo.) (Equipe 2, agente 2)
>
> Trabalhar em equipe não é muito fácil não... mas a partir do momento que ela começa a mostrar para mim e eu começo a mostrar o meu ponto de vista para ela, a gente começa a discutir, aí se torna um serviço gostoso...que tem até muitas surpresas. (Equipe 2, agente 1)
>
> Eu acho superlegal (trabalhar em equipe), porque numa equipe, quando acontecem problemas e você não pode solucionar sozinho, então tem pessoas para você conversar, para te ajudar a resolver os problemas dos outros. E, graças a Deus, na nossa equipe a gente tem se dado muito bem. (Equipe 4, agente 4)
>
> Nós trabalhamos em equipe; a gente não trabalha sozinho... o agente comunitário não trabalha só. Nós somos uma equipe. O médico, a consulta médica, a orientação, a mesma linguagem que nós os agentes usamos lá ele usa no consultório quando as pessoas vêem. A enfermeira a mesma coisa. (Equipe 1, agente 2)
>
> É uma troca de conhecimentos, então aquilo que eu aprendo na rua eu passo para o médico, o enfermeiro passa, o médico passa, o auxiliar passa. Então, ali, na nossa reunião, nós somos todos iguais, há uma troca de conhecimentos. (Equipe 1, agente 1)
>
> A gente trabalha todos com o mesmo sentido. O médico no consultório, a gente na rua, o auxiliar também, o enfermeiro.... nós temos o mesmo sentido. Voltado para prevenir as doenças. (Equipe 1, agente 2)
>
> Tem dia que a gente chega aqui quase que arrasado mesmo, querendo desistir de tudo, aí a gente sempre encontra a equipe dando aquela força, levantando um pouquinho a moral da gente... um sempre dá força para o outro, um aprendendo um pouquinho com o outro. A gente se sente mais reforçada. (Equipe 1, agente 3)

Encontra-se, também, um modelo de equipe em funcionamento mais hierarquizado, embora essa temática não vá ser objeto de discussão deste estudo:

> Tem nós, os agentes comunitários que vamos nas casa, e pegamos tudo (de informação) que é preciso, as necessidades das pessoas, e trazemos para a enfermeira; a enfermeira passa para a doutora. Nós somos uma equipe. Tem vários casos que a enfermeira não precisa passar para a doutora e ela mesma já resolve. (Equipe 2, agente 2)

Mas a concepção de equipe abarca o espaço da discussão:

> A gente trabalha em um sistema de equipe. A enfermeira traz aquilo que a coordenação passou [para ser feito], o que a coordenação quer, mas aí a gente senta e discute. (Equipe 2, agente 1)

A reunião diária aparece como espaço de apresentação de situações-problema, com troca de informações sobre o caso, de opiniões sobre como proceder e planejamento de ações, muitas vezes envolvendo a soma de forças da equipe para lidar com o problema.

> A equipe, todos juntos, faz a reunião, discute os problemas, todos, independente do médico, da enfermeira, da auxiliar, faz a reunião, passa caso para ver, quem pode ajudar um ao outro, às vezes eu não sei resolver sozinha e a enfermeira pode ajudar, o médico também e o auxiliar pode ajudar, então a equipe toda faz a reunião direitinho. (Equipe 1, agente 4)

> Nas reuniões a gente fala e cada um ajuda da melhor maneira. Te orienta: "Ah, você está com este problema? Eu já tive isso e eu fiz assim e deu certo." (...) Existe uma troca com todo mundo. (Equipe 1, agente 2)

O enfermeiro é reconhecido, pela maior parte das equipes observadas, como referência do agente e seu supervisor (na sua falta, ou quando o agente considera que o problema é de natureza clínica, recorre ao médico da equipe). A reunião de equipe representa o espaço privilegiado de encontro, discussão e planejamento do trabalho dos agentes.

> Quando a gente está assim meio perdida: "Mas como eu vou fazer isso?", eles orientam nós todas. Se a enfermeira está, levo [a dificuldade] para ela; se a enfermeira não está, levo direto para o médico. (Equipe 1, agente 2)

> O enfermeiro ajuda bastante e avalia a gente no dia-a-dia, avalia assim, a gente faz uma reunião todo dia, e na reunião vai falando como que faz, como tem que fazer,... suas visitas não pode ser feita correndo, tem que ser assim, assim, tudo [é conversado] com jeitinho. (Equipe 1, agente 4)

Sobre o controle do trabalho, os agentes relatam que trabalham com bastante autonomia, e que o controle seria mesmo desnecessário pelo fato de o trabalho ser em equipe:

> A enfermeira e o médico ajudam em caso de dificuldade... mas, hoje em dia, não tem como te acompanhar, como te vigiar. Você trabalha junto, você trabalha unido.(Equipe 2, agente 1)

Para casos de dificuldade de aderência do cliente à terapêutica ou ao seguimento, os agentes acham que a população não valoriza a sua opinião devido a sua escolaridade e função. Nestes casos, enxergam no enfermeiro e no médico um poder de convencimento maior:

> O povo vê com a mente antiga, que o médico e a enfermeira tem mais entendimento, a gente não. Eu entrei e aprendi muita coisa, eu sei como orientar, tudo, então você orienta, mas precisa às vezes de um reforço, de uma enfermeira, isso ajuda muito. (Equipe 1, agente 4)

A integração dos trabalhos dos membros da equipe para o agente muitas vezes aparece como uma ajuda mais pessoal e não organização técnica do trabalho:

> As enfermeiras ajudam muito a gente, porque às vezes a gente tenta falar com as pessoas, ela às vezes recebe mas não acata, e o enfermeiro indo, ela já vê que é uma pessoa estudada, uma pessoa que fez faculdade, aí elas recebe mais. (Equipe 1, agente 4)

Os agentes falam: as atividades-fim e a organização do trabalho

Ainda para caracterizar as ações e interações, apresentam-se informações sobre o trabalho colhidas nas entrevistas realizadas com os próprios agentes, constituindo-se em expressões de que esses agentes se utilizaram para referir-se a sua prática, ou, como afirma Mendes-Gonçalves (1994): "as informações sobre os momentos tecnologicamente significativos dos processos de trabalho consistem em representações, assumidas como ideologicamente estruturadas, das quais os agentes do trabalho são portadores, tais como manifestadas na situação concreta da pesquisa".

Embora aborde que essa ocorrência pode constituir-se em limites do estudo, o autor considera que "as inconsistências que eventualmente possam existir entre a tecnologia realmente operante e as representações daqueles agentes e mais, que outras inconsistências que também possam ter-se verificado entre aquelas representações, tais como ocorrem habitualmente, e as representações manifestadas nas entrevistas" não alteram significativamente as conclusões na medida em que outras abordagens que foram utilizadas para apreensão do objeto podem constituir-se em mecanismos de controle e de superação de possíveis prejuízos (Mendes-Gonçalves, 1994).

No caso do objeto de estudo deste trabalho, consideram-se as representações dos agentes sobre o seu trabalho como uma das dimensões importantes a serem apreendidas, constituindo-se já como resultado a utilizar na caracterização do perfil ocupacional.

Segundo os agentes de saúde, eles têm, basicamente, três atividades-fim, dirigidas aos indivíduos, famílias e comunidade: a visita domiciliar, atividades em grupo (na maioria das vezes entre educativas e assistenciais) e atividades comunitárias.

A visita domiciliar é considerada atividade primordial do PSF e atribuição primeira do agente. Eles destacam nas entrevistas o conteúdo de orientação/prevenção da visita.

Conteúdo básico da visita domiciliar para coleta de informações conforme apreendido no cotidiano do trabalho dos agentes:

- checar se está "tudo" bem, como a pessoa está se sentindo, se a família precisa de algo;
- vigilância: atualização vacinação, *screening* citologia oncótica, uso continuado de medicação para hipertensos e diabéticos, controle do acompanhamento programático (gestante, menor de um ano, hipertenso, diabético);
- confere acesso à medicação prescrita (situação de falta de fornecimento de medicação na UBS, relatada pelos profissionais da equipe e lideranças comunitárias). Se o usuário não pôde comprar medicação, o agente busca alternativas (terapêutica alternativa, contato com o médico para troca de medicação);
- intermediação clientela-médico: acesso à medicação, como lidar com efeito colateral medicação, encaminhamento para segunda linha/serviço de referência, interconsulta (avaliação clínica de sintomas ou exames quando consulta agendada a prazo considerado muito longo).

> Eu visito as pessoas, vejo se tá tudo bem, passo orientações, para as pessoas que não tomam medicação a gente tenta orientar... e se não tiver dinheiro, a gente tenta dar um contorno, faz um chazinho, uma medicação alternativa, ou a gente volta, traz o problema para o médico e ele vai ver se tem alguma outra medicação na nossa unidade, para ele trocar. Esse é o nosso trabalho, ver se a vacina está em dia, se a gestante está sendo acompanhada todo mês... A gente tenta descobrir casos de tuberculose que está tendo muito na área... (Equipe 1, agente 1)

A visita articula-se ao trabalho da equipe, especialmente quando o agente encontra um problema, o qual ele leva para discutir com a enfermeira, sua referência, ou para a reunião diária. Nas situações detectadas como problemáticas, que na maior parte das vezes estão relacionadas com o monitoramento de situação de risco epidemiológico (aderência a tratamento, cuidados da criança menor de um ano, falta repetida a atendimento, recusa ao procedimento de *screening*), muitas vezes se conclui pela necessidade de um reforço do trabalho do agente, agendando uma visita acompanhado pelo auxiliar ou pelo enfermeiro.

> A gente orienta tudo. Em alguns casos que a gente não pode fazer nada, traz para a equipe e discute com a equipe o que pode ser feito. (Equipe 1, agente 4)

Na visita, além da atividade educativa mais formal, existe um espaço de suporte, em que o ouvir, informar e aconselhar são instrumentos potenciais de trabalho. No entanto, essa parte do trabalho apareceu raramente nas observações

de campo, o que indica que não é realizado de forma sistemática, mesmo quando se identificam oportunidades de abordagem, como a apresentada na seqüência:

Visita domiciliar – Agente de saúde 2, Equipe 1

Agente: Você está trabalhando?

Mulher: Em Guarulhos, até as 10 horas da manhã. Turno de 12 horas.

Agente : Você está bem?

Mulher: Vai levando, como Deus quer.

Agente: E a saúde?

Mulher: Tem uns caroços pelo corpo, e a... (filha) que temos e coça muito. Eu vou fazer exame hoje no hospital (onde trabalha) para ver o que é. Um médico disse que pode ser micose... Sarna não é... Vivendo só está difícil!

Agente: Como só?

Mulher: Meu marido foi embora tem três meses. Se engraçou com uma princesinha do centro da cidade e foi embora.

Agente: E o Papanicolau?

Mulher: Eu fiz em uma campanha.

Agente: Faz um ano?

Mulher: Ainda não.

Agente: No serviço está tudo bem?

Mulher: Tá meio fraco, mas está bom.

Agente: Você já passou a... (filha) pelo médico?

Mulher: Eu tenho preguiça, mas vou levar. O médico do posto encaminhou para o dermatologista do..., mas lá é só pela misericórdia. O hospital onde eu trabalho é particular e é longe. Eu passei sabonete de enxofre e ela não pega mais o cachorro no colo. Eu também brincava. Dei Polaramine e Decadron e também não deu certo. Agora é só médico mesmo. (a agente se despede)

O agente de saúde não comenta o abandono pelo marido, que poderia se desdobrar em atuação de promoção da saúde e em mobilização por direito social. A visita gira em torno e fica restrita à vigilância à saúde.

A situação de problemas na retaguarda clínica especializada e do ato público programado para apoio ao hospital a ser realizado na semana não é explorada pela agente na seguinte visita:

Visita domiciliar – Agente de saúde 4, Equipe 1

Agente: E o seu filho, passou no médico? Fez exames?

Mulher: Passou, mas como ele tem sinusite mandou um remédio... É o que tinha na farmácia do posto. Eu acho que se precisava de outro [remédio] podia falar e eu comprava. E o hospital (...), que todo mundo está falando que vai fechar? Nós estamos fazendo cartas para o governador, para o prefeito, tudo para não fechar, porque sem este hospital o que será de nós aqui?

Agente: Você tem consulta com o doutor... (na USF)?

Mulher: Passei agora na terça-feira e ele marcou para voltar em dois meses, mas eu tenho que tirar raio-X para saber se é sinusite. Vou no (...) tirar, mas eu acho que dois meses é muito tempo para levar o raio-X para ele ver.

Agente: O que eu posso fazer é levar o raio-X para o doutor ver e, se for mesmo sinusite, ele faz a receita e eu trago para você.

Mulher: É, está bom... porque eu tenho alergia a pó, a cheiro e fico com o nariz todo tampado (agente orienta limpeza da casa para cuidado com poeira)

Esse é um exemplo de situação que poderia se desdobrar em incentivo à organização da comunidade para o exercício do controle social e promoção de cidadania (participação do indivíduo da decisão sobre assistência; direito à saúde, mobilização, atuação do Conselho de Saúde) que não se realiza. A atuação gira em torno de consumo de consulta e medicação; agente leva e traz exame e receita entre a casa e o posto.

Porém, o trabalho de apoio não é reconhecido pelo agente como uma atividade técnica, mas das relações humanas:

> Às vezes, o idoso não tem com quem conversar, não tem com quem desabafar, a gente chega lá e eles conversam, falam, choram e isso é bom, porque as pessoas desabafam, tiram para fora o que sentem, a gente tenta dar um conselho. Para aquelas pessoas sem juízo, adolescentes, que querem abortar, quer fazer alguma coisa, a gente conversa, explica direitinho. Então eu me sinto prestativa, apesar de a gente não poder fazer muita coisa, só orientar, conversar. (Equipe 1, agente 4)

> Quando tem um problema que eles não podem vir até aqui, a gente vem, procura conversar com o médico, levar uma orientação de volta para eles, em questão de medicamento... Porque muita gente não sabe ler. E muitas vezes para conversar mesmo, para parar e ouvir a pessoa, porque muitas vezes tem pessoas com problemas (...). Cocê vê que não é tanto doença, mas elas precisam de alguém que pare para escutá-las. (Equipe 4, agente 4)

A situação de carência de diversas ordens – social, afetiva, de informação – e a ênfase do PSF nas ações de vigilância à saúde criam as condições para que a faceta de suporte do trabalho do agente seja reconhecida como de assistência social, quase caritativo, feito por iniciativa própria e com base na sua experiência de vida.

Há uma série de grupos educativo-assistenciais, alguns preconizados pelos programas mais tradicionais, outros conforme a criatividade e habilidade da equipe, como para gestantes, diabéticos, oficina terapêutica, caminhada (com controle de peso mensal), amamentação; mas ainda grafite e capoeira, trabalhos manuais etc... Eles cobrem uma gama de finalidades: desde um papel mais educativo, muitas vezes oferecendo assistência suplementar ao atendimento médico; até atividade de lazer e cultura, como sabemos praticamente ausente em muitos bairros.

> A mãezinha que é a primeira vez que está grávida, ela vai vir porque nesses grupos ela aprende, elas aprendem. E também aquele diabético que não conseguiu marcar consulta, então a gente reúne aqueles que não passaram em consulta aquele mês para fazer um grupo (...), ver como eles estão se saindo. (Equipe 1, agente 1)

Os grupos acontecem na unidade e na área. São marcados pelos agentes e conduzidos com a participação de um médico quando o trabalho na unidade não está muito apertado. O principal objetivo parece ser passar informações sobre a condição de risco e a necessidade de manutenção de cuidados:

> (para o caso de uma pessoa teimosa para tomar medicação) Se for o caso a gente confronta, através de uma palestra, dos grupos que a gente forma, a gente confronta um com o outro, a gente pede depoimento. Através desses depoimentos a gente vai criando uma flexibilidade que acaba dando resultado. (Equipe 1, agente 3)

> Tem um hipertenso na minha área e ele sofre de alcoolismo. Então é difícil o trabalho com essas pessoas. Eles começam, eles vêm ao posto, eles passaram pelo médico de família, foram orientados, fizeram exames, medicados... Mas só que eles não seguem a orientação, nem do médico de família. Então fica difícil. Agora (...) na semana passada, nós fizemos um grupo de hipertensos, e eu estou convidando essas pessoas para participar do grupo... Para eles estarem sabendo do mal que eles estão fazendo para a saúde deles. Ter um conhecimento mais profundo sobre o que vai fazer a falta de medicação... (Equipe 3, agente 3)

> Teve uma mãe que teve problema de não querer amamentar. A gente explicava para ela a importância do aleitamento, mas ela achava que o leite só não ia sustentar a criança, que ela precisava tacar leite engrossado. Como a doutora... tem um grupo de aleitamento materno, eu trouxe ela para conversar, para ver, até para se unir junto com outras mães, solucionar as dúvidas dela e ela (...) conseguir resolver. (Equipe 4, agente 4)

Se nas atividades dos agentes de saúde, observadas durante uma semana, as ações comunitárias foram praticamente inexistentes, nas entrevistas há uma série de fatos relatados, evidenciando que elas ocorrem de forma esporádica e muitas vezes como resposta a situações de maior tensão ou mobilização social. Encontram-se relatos relacionados a saneamento (lixo), segurança, fome e desemprego, atividades de lazer e reivindicação de equipamentos sociais. Apesar de esporádicos, como representam ações de cidadania, previstas no Programa de Saúde da Família do Qualis, considera-se importante analisá-los.

Os problemas sanitários são enfrentados de duas maneiras: no contato individual ou através de abordagem em grupo. No primeiro caso, o objetivo é mudar o comportamento de cada família; no segundo, criar alternativa coletiva para lidar com um problema que transcende a casa, atingindo a rua/bairro:

> Na comunidade, é mutirão quando a gente vai tomar uma providência a respeito do lixo, por exemplo. Então vai todo mundo em mutirão... a gente vai de casa em casa, orientando sobre o lixo, sobre a dengue, sobre a limpeza da caixa d'água. (Equipe 1, agente 2)
>
> A minha área é a mais carente... uma área invadida. Então foi feita uma lixeira comunitária, para eles não porem aquele lixo no chão, que aí vai criar rato, vai criar um monte de doença. Agora eles põem em uma sacolinha, amarram, para, quando o lixeiro passar, não estar mais o lixo no chão... Nessas visitas que a gente faz diariamente, (...) tenta orientar as pessoas, conversa direitinho. Mas a pessoa diz: "Ah, mas não sou eu, é o vizinho"... Não aparece o culpado. Então a gente vai reunir todos (...) daquela rua para falar. Então a gente fala com todos para eles pensarem: "Ah, ela está falando com ele também, com ele, com ele". Fazendo assim, eu vi que tem jeito, não só você falando de cabeça em cabeça. Reúne, fala no grupo todo, aí eu vi que tem solução. O grupo é muito bom... E foi orientado a eles, eles mesmos fizeram a lixeira... (Equipe 1, agente 1)

Vale notar que o agente de saúde, com base em sua experiência, concluiu que esta é uma estratégia de maior rendimento para problemas coletivos. No entanto, a solução se faz sem envolver o poder público.

Sobre o problema da segurança, transcreve-se o seguinte relato em que se destaca a relação da população com o equipamento social e a sua "resposta" quando acionada pelos profissionais da equipe de saúde:

> Nessa semana que passou, nós tivemos um caso de assalto no posto, que já tinha sido assaltado quatro vezes. Na quinta vez, foi impossível a gente estar resolvendo sozinha. Aí a comunidade foi envolvida. Graças a Deus, no prazo de duas horas, a gente reuniu aqui 300 pessoas. A Globo veio, foi feita uma denúncia, a gente foi até a Delegacia da área, foi feito um B.O. Fizeram uma promessa para nós de que o nosso problema vai ser resolvido. E a gente está confiando nisso, porque se não resolver, a gente vai cobrar novamente... Quando precisa da comunidade, a gente vai atrás, sim. (Equipe 1, agente 3)

As reuniões do Comitê da Fome são feitas na unidade da Equipe 1, participam as pessoas da comunidade. Antes participavam agentes de saúde; atualmente eles vão a algumas reuniões para passar ou receber informações que depois transmitem à equipe na sua reunião de rotina. Mas continuam interferindo, "fazendo andar":

> Como cada um tem que trabalhar também para sobreviver, o Comitê está caminhando um pouco devagar diante da necessidade que a gente tem. Nesta semana a gente se reuniu e estamos pretendendo agora no final de semana, neste ou no próximo, (...) fazer um bingo para estar angariando fundos... E a gente está pensando assim também: de cada uma de nós estar conquistando uma pessoa que assuma a responsabilidade de estar dando. Já foi discutido na equipe, falta a gente colocar em ação. (Equipe 1, agente 3)

Os agentes descrevem que coletaram informações sobre número de desempregados em sua visita rotineira às famílias. Além disso, a unidade sediou as reuniões no bairro para indicação de comissões para organização das frentes de trabalho, com iniciativa do governo do Estado.

> Está tendo um movimento para frentes de trabalho... para tentar ver se diminui um pouco o desemprego. Esta questão da frente de trabalho já vai vir para nós, para a nossa região. Na semana passada já teve uma reunião aqui no Posto, onde contou-se com 270 desempregados, destes 270 foi tirada uma comissão, já foram para... para outra reunião ela vai se informando e trazendo informação para os que ficaram... (Equipe 1, agente 2)

As atividades para terceira idade podem ser mais vinculadas à promoção da saúde e/ou ao lazer. Diferentes instituições podem participar, havendo tanto uma integração quanto, às vezes, uma disputa pela clientela:

> A gente faz reuniões, palestra... a Doutora vem e dá a palestra, aí a gente passeia com eles. Antigamente a gente fazia bailinhos com eles, mas agora parou um pouco. A parte que eu mais gostava era do baile, porque tem pessoas muito triste que vindo para esse bailinho ficam alegre... Nós é que fundamos (o bailinho), agora os padres lazaristas fundaram lá também e as pessoas ficam divididas. Só que o nosso trabalho é melhor do que o deles, porque o nosso tem orientação, e o deles não, é só o baile. (Equipe 2, agente 2)

Na reivindicação de equipamentos sociais, os grupos mobilizados e mobilizáveis tendem a se somar, como na situação descrita a seguir:

> Tem as pessoas das entidades que entregam leite... tem duas entidades. Eles participam muito com a gente, eles lutam junto com a gente para que tenha creche. Quando a gente faz alguma reunião, eles participam... A maioria das reuniões é pelo Posto, mas tem outras que eles se reúnem entre eles e passam para a gente e aí nós (...) vamos... porque quando a gente faz alguma coisa, eles participam. (Equipe 1, agente 4)

Além da luta por saneamento e energia, parece que mais recentemente tem havido mobilização para equipamentos de lazer.

Alguns agentes de saúde destacam na entrevista, entre as sugestões, a necessidade de maior número e diversidade de equipamentos sociais, mas não levantam a possibilidade de um trabalho articulado entre a unidade de saúde da família e esses equipamentos sociais:

> (Sugiro) áreas de lazer, porque as pessoas ficam doentes não é só por uma dor, às vezes é até depressão, filho na rua, que é o que tem muito por aqui (...). A gente não tem área de lazer. Então tem muitas coisas que poderiam ajudar também, além de postos de saúde (do Qualis). Áreas de lazer, escolas profissionalizantes... Tem jovem, adolescente, que, com esse desemprego, não conseguem trabalho; eles estudam à noite e ficam parte do tempo, de dia, sem fazer nada. E o que eles fazem ? Vão para rua. Com isso, os pais acabam ficando preocupados e acabam ficando doentes. (Equipe 1, agente 2)

Identificam-se, também, experiências de sucesso na parceria entre movimento social e unidade de saúde, como na área da Equipe 3, onde foi construído um galpão para atividades comunitárias com o apoio da unidade, no qual é realizado o grupo de atividades manuais.

Encontraram-se dois outros relatos de atividade das equipes de saúde no suporte de determinadas pessoas da comunidade, realizado principalmente pelos próprios membros da equipe e com participação especial do agente comunitário de saúde. O primeiro é da Equipe 3, que tem sob sua responsabilidade uma família com um adolescente portador de doença mental cuja mãe saiu de casa. A família fez contato com ela em Santos, o agente foi conversar com ela, a equipe fez um mutirão de pintura e arrumação da casa para a sua volta e o agente mantém um calendário periódico de visitas a essa família.

Já a Equipe 4 tem sob sua responsabilidade uma senhora portadora de deficiência visual e de locomoção com mais de 90 anos; ela mora na parte de baixo da casa do filho, mas ele não cuidava dela. A agente de saúde encontrou-a, na primeira visita, muito suja e angustiada na cama. A equipe decidiu que, na falta da atenção da família e vizinhos, cuidaria da senhora e as agentes se revezam em visitas diárias para o cuidado, incluindo banho e alimentação. Conseguiram uma cadeira de rodas na qual levam a senhora para tomar sol, e um rádio, pois ela gosta de ouvir notícias. A agente e a senhora conversam, de mãos dadas.

Este conjunto de situações e ações sociais indica que a organização da população parece se dar muitas vezes a reboque da mobilização desencadeada pelos funcionários da unidade básica (como se pode identificar na manifestação pela segurança), ou alavancada por alguns funcionários que, em um segundo momento, afastam-se da linha de frente da organização (como o Comitê contra

a Fome). O posto serve, também, como espaço de reunião para responder a políticas sociais mais amplas (como no caso da organização de frentes de trabalho para desempregados).

Os agentes consideram a participação popular uma prática complexa:

> Esse bairro evoluiu muito. Há um tempo (...) nós não tínhamos nada, depois que veio chegando o progresso, as escolas. Foi com muita reivindicação, muita luta junto à Prefeitura... buscando melhorias. Hoje a gente já vê que a população se conscientizou que, se unindo, se consegue. Então isso foi bom, pelo que eu vi nesses 32 anos aqui no bairro. (Equipe 4, agente 3)

> A comunidade, na verdade, eles querem tudo pronto. Quando faz uma reunião, eles participam, mas não totalmente... de 100 pessoas vêm umas 40, porque eles não querem ter trabalho, eles querem a coisa pronta.... mas sempre participa, alguém sempre vem. (Equipe 2, agente 2)

De qualquer forma, a estrutura física da unidade de saúde e os agentes representam espaço e meios de levantamento de problemas e de articulação. Entre os profissionais da equipe, os agentes são identificados como aqueles de maior iniciativa e capacidade de mobilização; organizações sociais também aglutinam e influenciam o movimento social:

> Hoje o esgoto ainda corre a céu aberto, então nós fazemos cartas, mandamos para a Sabesp. Não tinha luz, não tinha água encanada, nós conseguimos água encanada... isso nós fazemos para a comunidade. (Equipe 1, agente 1)

> Quem coordena tudo são os funcionários do Qualis... nós aqui de dentro é que resolvemos fazer tudo (Equipe 1, agente 1)

> Cada três meses, cada seis meses, a gente tem um encontro com o pessoal da entidade responsável pelo Qualis na região, onde eles nos orientam de como levar o nosso trabalho e para a gente fazer uma avaliação de como está. Essa avaliação é sempre feita pela nossa entidade... quanto às outras, eu não tenho informação. (Equipe 1, agente 3)

Além da identificação das atividades-fim, outra forma de apreensão do processo de trabalho dos agentes é por meio da sua organização, especialmente dos instrumentos utilizados na sua ação, entre os quais destacam-se: a educação e a comunicação; o registro e a quantificação; o saber técnico e a experiência. Outro conjunto de atividades de organização do trabalho institucional, como a supervisão, as relações hierárquicas, os espaços de reunião, o planejamento de atividades e as normatizações não serão aqui detalhados.

A comunicação é instrumento essencial do trabalho do agente de saúde, podendo realizar-se no contato individual e coletivo. Essa é uma característica avaliada desde a seleção dos agentes de saúde e apontada como conteúdo importante do treinamento:

> Algum problema que eu tive para resolver no meu trabalho ? Assim problema de saúde não teve tanto. Teve mais problema de comunicação, porque a gente precisa saber se comunicar com a pessoa. (Equipe 3, agente 5)

> Não gosto de falar assim, no meio de gente, não gosto, não... Mas eu adoro falar um por um, eu adoro, sabe? (...) A gente bate nas casas e orienta essas pessoas... (Equipe 2, agente 2)

Na comunicação com a clientela, utilizam-se de diversas estratégias: usar um jeitinho, sensibilizar, propor uma experiência, dar um exemplo, pedir um depoimento. Mas se o objetivo – alcançar maior aderência do usuário ao cuidado (vacinação, uso de medicação, comparecimento ao atendimento agendado), por exemplo – pode ser alcançado, na maior parte das situações, isto não acontece por meio de uma prescrição:

> (Para o caso de um hipertenso 'resistente') Continuo pegando no pé, continuo orientando, com calma, com jeitinho. Porque se você for falar: "Ah, mas você tem que ir", a pessoa se revolta e não vai. Então a gente vai com muita calma, citando exemplos: "Olha, você precisa participar (da caminhada) para você ver. Nós tivemos casos assim, assim, melhorou bastante. Vai um dia para você fazer uma experiência". Então a gente sempre continua insistindo. A gente não desiste, não. (Equipe 1, agente 2)

Para chamar a atenção do cliente o agente muitas vezes lança mão da autoridade do médico e da estratégia de ameaça:

> Quando eles não seguem, a gente vai lá e orienta, e fala que a doutora está brava porque isso, porque aquilo, porque não está fazendo a dieta direitinho. Tem pessoas que precisam de puxão de orelha, aí a gente vai e dá o recado. (Equipe 2, agente 2)

> Eu acho que [a atividade mais importante] é nós entrarmos de casa em casa e fazermos as orientações... como a pessoa está se sentindo, se ela tomou medicação, se não tomou... A gente faz orientação, se ela tem consulta marcada, se as vacinas estão em dia. (Equipe 1, agente 1)

O entendimento da aderência e as formas de se lidar com as pessoas consideradas pela equipe como "não aderentes/resistentes/teimosos" são ilustrativos da concepção de educação e comunicação vigentes no PSF:

> Às vezes as pessoas são resistentes mesmo, o hipertenso, num quer vir mesmo (para atendimento)... acha que não precisa. (Equipe 1, agente 4)

> Às vezes tem alguns teimosos para tomar medicação, para seguir orientação, então em cima destes teimosos (...) a gente trabalha mais. (Equipe 1, agente 3)

A dificuldade de cumprir o tratamento indicado pelo médico é entendida como resistência das pessoas. O cuidado dos hipertensos levanta o problema da aderência. O controle do uso da medicação e seguimento de dieta e atividade física, o comparecimento às consultas e a medida de pressão arterial, em casa, pelo auxiliar de enfermagem, representam um grande investimento da equipe:

> Esse controle a gente mantém ali no pé da letra mesmo. Às vezes, o pessoal fica chateado, diz: "Nossa, você está sempre pegando no pé", mas aí a gente explica a importância, por que a gente está ali. (Equipe 1, agente 2)

> São dois anos que eu trabalho em cima deles... o rapaz (tetraplégico) está irredutível... E a mãe dele é uma pessoa hipertensa que não aceita tratamento. Ela diz: "Eu estou com Deus e nada vai me acontecer". A atitude que a gente toma é fazer visita, tentar conscientizar ela... continuadamente... A gente não desiste, e continua insistindo... Agora, depois de dois anos, o rapaz está começando a se interessar por fisioterapia... É um trabalho que está começando a dar resultado. (Equipe 2, agente 1)

Para 'vencer', o agente usa da persistência, muitas vezes traduzida na visita diária, e de um certo 'jeito', em um jogo corpo a corpo. Se não tem sucesso, pede reforço da equipe:

> Naquela casa de 23 pessoas, eu tenho que ir diariamente para ver se estão tomando remédio, acompanhar realmente se eles estão tomando... teve um caso de abandono de tratamento, então eu tenho que ir todo dia. (Equipe 4, agente 2)

> A gente tem que sensibilizar mesmo, tem que ir com jeitinho, com jogo de cintura, e sensibilizar. (Equipe 1, agente 4)

> Aquelas pessoas resistentes em fazer o Papanicolau, você tenta convencer na primeira visita, você vai na segunda e tenta convencer, mas também você não pode chegar só falando que senão enche. Nesse caso do resistente a gente passa para a enfermeira, para o auxiliar, fala: vamos comigo, quem sabe você, com jeitinho, você consegue mais do que eu... (Equipe 1, agente 4)

Analisando os padrões de atividades educativas registradas nos cadernos de observação dos trabalhos dos agentes de saúde (Quadro 9), destacam-se as ações do tipo mais impositivo, chegando às vezes a um cunho autoritário, em relação a um padrão mais dialogado, restringindo-se as possibilidades de conversa com exposição e confrontação de valores e de conversa com negociação de alternativas. Para ilustração desse tipo de interação, apresenta-se a transcrição da seguinte visita domiciliar:

Quadro 9 – Distribuição das atividades de oito agentes comunitários de saúde do Qualis conforme padrão de atividade educativa

ATIVIDADES	Equipe 1 Agente 4	Equipe 1 Agente 2	Equipe 2 Agente 1	Equipe 2 Agente 2	Equipe 3 Agente 3	Equipe 3 Agente 5	Equipe 4 Agente 1	Equipe 4 Agente 2
Atividade educativa								
Padrão mais prescritivo	15	20	26	27	20	19	26	12
Padrão mais dialogado	01	08	03	00	04	03	05	01

Visita domiciliar (Agente de saúde 2, Equipe 1)

Agente: Como está a vacina das crianças?

Mulher: Estão em dia. A minha está atrasada.

Agente: Tem que tomar!

Mulher: Quando a gente está grávida faz tudo certinho... quando nasce...

Agente: Passou em consulta depois do parto?

Mulher: Não. Tinha consulta, mas perdi.

Agente: A nenê está bem? Quanto tempo?

Mulher: Está com quatro meses.

Agente: Está dando mamadeira ou peito?

Mulher: Mamadeira e peito.

Agente: Seu marido já conseguiu serviço?

Mulher: Já, graças a Deus.

Agente: Você está passando a nenê todo mês no posto?

Mulher: Estou.

Agente: (*para a outra criança*) E estes dentes: cadê?

Mulher: Caiu tudo e está nascendo torto. Tem dentista no posto?

Agente: Não, só no posto da Regional de... No seu quarto não tem janela?

Mulher: Não, só ventilador.

Agente: Deixa sempre a porta aberta para ventilar. (a agente se despede)

Como se pôde acompanhar, o agente de saúde não discute como vai a família com a criança nova, alimentação da criança, planejamento familiar, entre outros aspectos que propiciariam oportunidades para orientações. Limitou-se a uma coleta de informação para preenchimento de dados da sua planilha e a orientações normatizadas. Neste tipo de situação, bastante comum nas observações, levanta-se a hipótese de que a visita, em vez de atividade-fim, adquire caráter de atividade-meio, deslocada pelo afã de prestar contas de um número determinado de visitas mensais às famílias.

Portanto, o projeto de 'cuidar' – de interessar-se e conversar com a pessoa, estimular iniciativas, ouvir o que tem a dizer, tirar dúvidas – não encontra espaço ou forma de expressão, na maior parte do trabalho do agente.

A falta do indivíduo a atividades agendadas é entendida como uma desvalorização do trabalho (e empenho) da equipe. A falta também é parcialmente atribuída ao trabalho do agente na visita aos domicílios: é o seu cliente que não veio:

> (Quando uma gestante falta em consulta de pré-natal) A gente vai atrás para não deixar ela solta. (Equipe 1, agente 2)

O registro é atividade significativa do trabalho dos agentes, que se não representa muitas horas diárias de trabalho, é considerado não só difícil, além de não ter finalidade clara para eles:

> Nós anotamos tudo. Cada tipo de doença, hipertenso, diabético, cada uma tem uma ficha. Quando tem muita coisa para escrever, nós temos um caderno à parte. Tudo que a gente vai fazer na visita, a gente anota no caderno, numa planilha, numa ficha que eles chamam de Ficha B. Tudo está anotado. Tem que anotar tudo... (Equipe 4, agente 2)

> Eu achava que não tinha que preencher tanto papel, tanta burocracia que a gente dá conta. Tem que prestar conta da visita que a gente faz por dia, de um monte de coisa... Nos primeiros meses eu achei difícil, não pelo trabalho na área, mas pela burocracia... cheguei a pensar que eu ia desistir. (Equipe 1, agente 1)

> A dificuldade maior que eu tenho encontrado é em relação a todos estes papéis que eu tenho que preencher, relatórios... [isso] mexe com a nossa mente... Isso é um pouco demorado. É dados... quando pediam dados... antes não tinha planilha, ... a gente tinha que estar levantando prontuário por prontuário... Agora a gente já está fazendo tudo, o único dado que a gente tem que estar sempre atualizando é o de gestante e de menor de um ano, porque está sempre mudando. (Equipe 1, agente 2)
> Antes fazia mais levantamento, qualquer coisa fazia levantamento. Hoje está mais calmo, mas antes fazia muito levantamento. O último foi sobre os desempregados. Então está sempre vendo a necessidade do povo para estar trabalhando em cima. (Equipe 2, agente 2)

> Quem usa mais as anotações é a doutora, mas se a enfermeira quiser ter acesso também pode, porque é uma informação do paciente. A anotação fica no posto, dentro do prontuário. (Equipe 2, agente 2)

Há uma expectativa de racionalidade no trabalho, na qual um problema importante é representado pelas informações repetidas:

> O que a gente não gosta mesmo, a gente se debate sempre contra eles, é ter vários papéis dizendo a mesma coisa... Muita burocracia. (Equipe 2, agente 1)

Desde a implantação do PSF, os registros sofreram modificações e ainda buscam uma forma de articular as informações dos diversos momentos de atenção:

> Os papéis foram mudando; era uma forma, depois outra, depois outra. Hoje está se estudando uma forma de pôr o relatório dentro do prontuário médico. (Equipe 2, agente 1)

Registra-se o número de visitas a cada família; se alguém do domicílio está incluído em um dos grupos de risco priorizados pelo PSF, não se registra o conteúdo do trabalho. Portanto, o registro está voltado para a coleta continuada de dados e não para o trabalho de orientação e a conversa, que os agentes valorizam na entrevista:

[O registro] (...) é um trabalho de escrita que passa para outra pessoa para ver a produção da gente... mas fica um trabalho pessoal que não está na escrita... fica só registrada a quantidade e não a qualidade, que não se registra. (Equipe 2, agente 2)

O nosso trabalho é muito mais... tem muito mais do que ...papéis... A gente anota mais por obrigação mesmo... e a gente tem brigado contra isso. As anotações são passadas depois para a enfermeira, onde ela faz a avaliação do nosso trabalho. (Equipe 2, agente 1)

Os agentes constatam uma insuficiência da técnica do saber, em relação ao seu objeto de trabalho:

Tem muitas situações que a gente passa que não está escrito, que não apareceu no treinamento, mas na hora a gente tem que ter jogo de cintura... Quando chega a hora do vamos ver, é mais da pessoa, porque eu ajo de um jeito, outra pessoa já age de outro modo. Tem sempre que ter um raciocínio rápido e acho que vai muito de pessoa para pessoa... Quando fica assim muito grave [a situação], a gente fala para a enfermeira e aí junto se vê o que se pode fazer (Equipe 2, agente 2)

O que escapa ao treinamento é suprido com a experiência de vida do agente:

(Caso de surto psicótico) Eu tentei ajudar da melhor maneira, do meu jeito... Eu recorri à unidade. Com muita paciência, com muito jeitinho, eu acabei chegando até o Posto com ela... (Equipe 1, agente 2)

O agente de saúde associa diferentes meios e recursos disponíveis, de 'dicas' nutricionais ao sobrenatural:

A orientação sobre alimentação – essa é uma das questões assim mais delicadas porque, como eu já falei, essa região é muito pobre, o desemprego é muito... E às vezes a gente orienta a pessoa para estar tentando fazer uma alimentação à base de frutas e legumes, sendo que isso se torna um pouquinho difícil em alguns casos. Mas a gente tem conseguido bastante... Por exemplo, às vezes a gente chega numa família e a mãe fala assim: "Ah, mas meu marido está desempregado, eu vou comprar de que jeito?". Mas aí tem outras alternativas. A gente conversa com ela, explica para estar colocando talo de verdura na sopa ou no próprio caldinho de feijão. A gente trabalha com o que a gente tem – com a realidade. (Equipe 1, agente 2).

Quando a técnica é insuficiente para dar conta da complexidade da situação, recorre-se a outras estratégias, entre as quais está Deus:

Muitas vezes a gente chega em uma visita e encontra uma situação [em] que a gente fica pensando assim: "Ih, meu Deus, o que é que eu vou falar com esta família? Então, por mais que você seja treinado, você vai encontrar este tipo de coisa. E acaba tendo uma solução. Porque, em primeiro lugar, a gente tem que ter Deus conosco. Se a gente tem Deus conosco, a gente consegue muita coisa. (Equipe 1, agente 2)

Para um problema que diz respeito à organização do sistema de saúde e, mais amplamente, à saúde como direito de cidadania e como qualidade de vida, como o acesso a serviço de referência mais especializado, o agente também orienta com base na sua experiência, mas não politiza o tema (para o cliente, a equipe e o entrevistador), como pode ser constatado nos seguintes relatos:

> A saúde hoje em dia está uma coisa calamitosa, sabe. Por exemplo, a gestante vem fazer o pré-natal na unidade, a gente dá toda a informação para ela... Aí chega na hora dela ir para uma referência, para ter o bebê dela... Ela fica daqui para lá, daqui para lá, vai para não sei onde, vai e volta...Então, muitas vezes (...), com a experiência que a gente tem hoje, a gente já conhece alguns locais que dão algum atendimento mais adequado... eu já evito dela ficar daqui para lá. Eu falo para ela: "Vai ali". (Equipe 2, agente 1)

> Educação continuada tem muito panfleto... e a gente está procurando estudar bastante... principalmente patologia. Uma coisa que não está escrito em lugar nenhum é o lado humano do trabalho. Ele é da gente mesmo, está escrito dentro do coração de cada um. (Equipe 2, agente 1)

O PERFIL OCUPACIONAL-SOCIAL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

O agente pelo agente

Na opinião do agente, este é o significado do seu trabalho para a população:

> O agente de saúde é o principal [na equipe], porque ele conhece cada família. É tipo assim, se é uma família que o médico chega lá e não pode falar tal coisa, a gente vai e já avisa, essa família é assim, assim; quando chegar, chega com jeitinho. Porque às vezes o vizinho não sabe o que a pessoa passa, mas a gente sabe, porque eles confiam, desabafam tudo. (Equipe 1, agente 4)

> Eles têm um apoio, eles acham um apoio, porque você passa confiança para eles... eles se abrem, eles te falam, eles confiam em você. (Equipe 1, agente 1)

> Eles falam que gostam do trabalho daqui porque as pessoas, eles falam assim: "As meninas do Posto se preocupam com a gente"; eles usam muito esta frase: "As meninas do Posto se preocupam com a gente... a gente nunca teve tratamento assim". Quando eles falam, eles não falam só do agente. Eles falam: "as meninas do Posto", "o pessoal do Posto". (Equipe 1, agente 2)

> Sempre que as pessoas necessitam de alguma coisa, elas sabem onde contar. Não só com a doença, não. As pessoas aqui nos procuram... sempre tem alguém aqui para dar atenção, para conversar. É como a gente fala: nem sempre as coisas dependem só do médico, não é? (Equipe 1, agente 3)

Como pôde-se verificar nesses depoimentos, os agentes pensam que, para a população, sobressai o seu papel de intermediador da relação da família com o mundo exterior e no contato com a equipe de saúde, especialmente, com o médico. Por outro lado, aparece a importância atribuída pela população ao cuidado: conhecer de forma mais íntima, preocupar-se com o outro, dar apoio, poder contar em momentos de necessidade ou sofrimento. No entanto, as atividades de suporte social não são privilegiadas no trabalho do agente e nem recebem destaque nas reuniões de equipe.

Entre as ações que os agentes consideram mais importantes para a saúde das famílias, eles são diretamente responsáveis por uma (a visita) e participam em muitas unidades de outra (o grupo educativo):

> Em primeiro lugar, (o que considero mais importante) é que eu vá saber nas casas os problemas deles; em segundo lugar, que eles estejam passando em consulta; em terceiro, que estejam participando dos grupos, porque nos grupos se tem falado de muitas coisas (importantes) para a saúde deles. (Equipe 2, agente 2)

> Acho que a importância do nosso trabalho está aí na mudança de hábito... mudar mesmo a conscientização. (Equipe 1, agente 3)

Note-se uma tensão entre as diferentes facetas do trabalho do agente. Controlar riscos através da verificação do cumprimento de cronogramas assistenciais (de consultas, vacinas e *screenings*) e da conferência do uso da medicação e seguimento de dieta e de atividade física, ocupa grande parte dos objetivos de visita e do registro minucioso do trabalho. Já orientar e, especialmente, conversar sobre a família e a comunidade, têm um espaço secundário no seu trabalho.

Apesar de os agentes valorizarem, no seu trabalho, a importância das orientações, pensam que a população valoriza neles traços de solidariedade institucionalizada. Acabam tratando o cliente como parente e tomando para si o seu problema:

> Nós tratamos, tanto o auxiliar, como o enfermeiro, como o agente, nós tratamos eles como se eles fossem da família da gente.... como se fosse nosso pai, nossa mãe, nosso filho... quanto a esse ponto, eu acho que nós somos bem humanos. (Equipe 1, agente 1)

> Como a gente diz "problema de casa deixa em casa", "problema da unidade deixa na unidade", mas tem problema que a gente não consegue deixar. Atendimento para doente mental só tem consulta em três meses, gestante não tem vaga em hospital... A gente acaba levando. No final de semana, elas procuram a gente: "Olha, fui em um tal lugar e não consegui vaga, fui em outro não consegui... às vezes a gente acaba até saindo com elas, andando com elas para ver se consegue... porque a falta de vaga (em maternidade) está demais. (Equipe1, agente 3)

A visita domiciliar, entretanto, não deixa de ser uma ingerência na casa e nos afazeres domésticos:

Na maioria das visitas, nós somos atendidas pelas donas de casa... e ela está preocupada se é hora do almoço para fazer o almoço, se é para lavar roupa, se é para passar roupa... e, muitas vezes, ela não sabe que importância aqueles 10-15 minutos têm para ela. (Equipe 2, agente 1)

A partir das entrevistas, levantaram-se os seguintes aspectos que conformam a identidade do agente de saúde: características necessárias ao agente; como se sente no trabalho e sonhos e planos para o futuro. Se a primeira refere-se a um plano mais objetivado do perfil preconizado para o agente, as duas últimas dizem respeito a dimensões mais subjetivas.

Nos quadros de 10 a 13 pode-se observar que os agentes consideram como características necessárias ao agente atribuições de caráter (coragem, flexibilidade, solidariedade, respeito para como o outro, discrição), disposição para aprendizado e troca de conhecimentos, habilidades para comunicação, condições físicas e mentais.

Quadro 10 – Caracterização de quatro agentes comunitários de saúde da Equipe 1 segundo sua opinião sobre características necessárias ao agente de saúde, como se sente trabalhando como agente, planos e sonhos para o futuro

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 1	AGENTE 2	AGENTE 3	AGENTE 4
Características necessárias ao agente comunitário de saúde	Ter coragem, gostar do próximo	Aprender no treinamento, nas reuniões, aprender com as pessoas, ajudar as pessoas	Procurar ajudar o ser humano, encarar de perto o problema das pessoas, humildade para ver as pessoas como elas são	Ter "jeitinho", jogo de cintura para falar com as pessoas, tem que saber entender
Como se sente trabalhando como agente comunitário de saúde	Prestativa	Acha agradável; sente-se informado e informante	Deixa eventual crítica às pessoas e procura ajudar	Sente-se útil
Planos e sonhos para o futuro	Ser auxiliar de enfermagem	Ser psicóloga ou assistente social	Estudar para ter mais conhecimento para fazer melhor seu trabalho para comunidade	Apaixonada pelo trabalho, vontade de fazer curso de auxiliar de enfermagem

Quadro 11 – Caracterização de quatro agentes comunitários de saúde da Equipe 2 segundo sua opinião sobre características necessárias ao agente de saúde, como se sente trabalhando como agente, planos e sonhos para o futuro

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 1	AGENTE 2	AGENTE 3	AGENTE 4
Características necessárias ao agente comunitário de saúde	Ter espírito solidário e afinidade com a comunidade	Capacidade de trocar conhecimento, experiências e sentimentos; trabalhar com pessoas e não pelo salário	Boa saúde física e mental; tem que lidar com o ser humano, o que repercute no emocional do agente; preparado/aberto para "o que der e vier"	Gostar da comunidade; tentar resolver problemas; respeitar a vontade das pessoa
Como se sente trabalhando como agente comunitário de saúde	Gratificante	Gratificante; gosta da singularidade das casas e das pessoas	Trabalho desgastante, mas gosta do que faz	Gratificante trabalhar em equipe; sensação do trabalho ficar sempre a desejar pelo número grande de famílias sob sua responsabilidade
Planos e sonhos para o futuro	Acabar o curso de auxiliar enfermagem, mas não quer perder o seu perfil de solidariedade	Horta comunitária (tem o terreno; falta água gratuita Sabesp); creche	Formar-se como auxiliar de enfermagem e continuar a trabalhar com prevenção	Gostaria de ser capacitada a fazer algumas funções de auxiliar de enfermagem para seu trabalho ser mais resolutivo

Quadro 12 – Caracterização de cinco agentes comunitários de saúde da Equipe 3 segundo sua opinião sobre características necessárias ao agente de saúde, como se sente trabalhando como agente, planos e sonhos para o futuro

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 1	AGENTE 2	AGENTE 3	AGENTE 4	AGENTE 5
Características necessárias ao agente comunitário de saúde	Ter fé e coragem, não ter medo de andar, medo do sol e da chuva. Gostar do que faz	Conversar bastante; ser discreto – não pode falar da vida alheia; enfrentar sol, chuva e "tudo"	Humildade, profissionalismo	Gostar das pessoas/respeito pelo próximo; paciência, compreensão; saber ouvir; ser objetivo no falar	Ser aberto; conversar com as pessoas; Ter paciência porque as pessoas são exigentes. Ser esperto/inteligente porque às vezes o trabalho é complexo
Como se sente trabalhando como agente comunitário de saúde	"Amo o trabalho, mas já chorei muito"	Gosta muito do trabalho; percebeu os sintomas de diabetes do pai; orienta/"pega no pé" da mãe hipertensa	Minha família acha que eu tenho o "dom" para ser agente de saúde	Tem situações em que a única forma de contribuir é com palavras	Ser homem e ser jovem atrapalha o trabalho do agente porque as pessoas acham que não é responsável
Planos e sonhos para o futuro	Voltar a estudar; fazer Escola de Enfermagem; trabalhar na Polícia Militar como enfermeira	Quer ser enfermeira: "eu adoro curativo, ver alguém dando injeção". Acha que cuidar do ser humano é muito legal; antes só lidava com números e contas	Casa própria; bom futuro para os filhos adolescentes	Lecionar para adultos e adolescentes; ser cabo eleitoral	Continuar trabalhando como agente. Expectativa de capacitação para procedimentos como curativo e medida de pressão arterial

Quadro 13 – Caracterização de quatro agentes comunitários de saúde da Equipe 4 segundo sua opinião sobre características necessárias ao agente de saúde, como se sente trabalhando como agente, planos e sonhos para o futuro

CARACTERÍSTICAS DO AGENTE	AGENTE 1	AGENTE 2	AGENTE 3	AGENTE 4
Características necessárias ao agente comunitário de saúde	Ter vocação de ajudar as pessoas; ter coragem de lidar com doente, com gente necessitada. Ser um lutador	Tem que gostar de trabalhar na área de saúde; tem que ser persistente; precisa ser humanizado	Tem que gostar do que faz; ser sensível; saber conversar	Ser calmo; saber ouvir; Ter disponibilidade de tempo além do horário da unidade de saúde
Como se sente trabalhando como agente comunitário de saúde	Não fica sossegada/ fica nervosa se não consegue resolver um problema Toda vida ajudou as pessoas e agora ganha um pouquinho pelo trabalho	Tenta ao máximo resolver o problema das pessoas	Busca no que for possível trazer solução para o paciente; sente-se em geral bem-vinda onde quer que vá; acha gratificante poder fazer alguma coisa pelo vizinho	É compen-sador (se doar, se preocupar com o próximo; poder dar atenção para alguém; conseguir resolver problema das pessoas)
Planos e sonhos para o futuro	Sem informação	Sonho: mais verba pública para saúde e educação	Fazer curso de auxiliar de enfermagem para sendo agente comunitário, poder ter mais conhecimento para auxiliar as pessoas	Fazer Faculdade de Administração

Na maioria dos depoimentos encontram-se agentes satisfeitos com o trabalho, quer pela sensação de gratificação pela ajuda ao outro e de resolubilidade, quer pela ampliação do conhecimento na área da saúde e reconhecimento da população por esse conhecimento. No entanto, a satisfação não descarta a vivência de situações de angústia e de sofrimento.

Em relação aos planos para o futuro, chama a atenção a perspectiva de continuidade de estudos, com destaque para o campo da enfermagem. Aparecem, também, em algumas entrevistas, a área de psicologia e assistência social, dois outros campos que lidam com necessidades da população. O estudo representa tanto uma oportunidade de aprofundar conhecimento, mantendo o trabalho de agente, como de profissionalização, especialmente como auxiliar de enfermagem.

Identifica-se, ainda, uma série de opiniões que conformam a identidade do sujeito-agente por referência aos outros sujeitos, à população, à equipe, às instituições:

> Não que elas comecem a correr (...) ao nosso lado, mas que elas comecem engatinhando, depois andando, até elas aprenderem a correr... (Equipe 1, agente 1)

> Nós usamos muito o popular. A gente trabalha direto na rua e a gente tem que usar a linguagem deles. (Equipe 1, agente 2)

> Nós somos do governo. (Equipe 1, agente 1)

> Independente de médico, enfermeira, auxiliar, nós vamos até eles. (Equipe 1, agente 1)

> Às vezes eles procuram na casa da gente... ou na rua: aonde eles encontram a gente. Eles procuram para saber informações. Eu acredito que eles procuram a gente porque a gente é um representante da unidade ali para eles, naquele momento a gente está representando a unidade. Geralmente eles perguntam: "Ah, o posto tem vacina? Está fazendo Papanicolau?... Estão marcando consulta? Que horas?" (Equipe 1, agente 2)

> A gente tem que saber entrar numa casa onde as pessoas têm maior conhecimento ou menor conhecimento do que a gente. Tem que entrar igual a eles, não pode chegar assim: eu sou agente comunitário, eu estou aqui e você está lá... a gente tem que chegar e falar a linguagem deles para conquistar aquele espaço. (Equipe 1, agente 3)

Nesse conjunto de depoimentos destaca-se a diferenciação do "nós" (agente identificado com a equipe e a instituição) e eles (população). Entretanto, não há como anular a sua condição de morador da área, apesar de ser uma pessoa em transformação de grupos, de conhecimentos e de práticas:

> Porque afinal eu sou uma cadastrada (...). (Equipe 1, agente 2)

> Eu venho da comunidade, então eu entendo elas [serem fechadas, desconfiadas]... porque eu também era assim, mas minha cabeça mudou muito a partir do momento que eu estou desenvolvendo este trabalho... porque a gente vive aprendendo todo dia. (Equipe 2, agente 1)

Em relação aos demais membros da equipe, a identidade do agente é construída pelas características do seu trabalho. Quando se pergunta sobre a diferença do seu trabalho com relação ao do auxiliar de enfermagem, destaca-se, em algumas entrevistas, a referência ao que o agente tem a menos no âmbito da realização de procedimentos técnicos que envolvem materiais/ insumos; no que se relaciona às ações educativas, os agentes parecem sentir-se equivalentes aos auxiliares:

> Ah, a diferença é que a gente não pode fazer inalação, a gente não pode medicar, a gente não pode (...) recolher sangue na área. (...) É só essa a nossa diferença, porque tudo que eles palestram (...). As orientações que eles dão, a gente dá a mesma. (...) As visitas também são feitas do mesmo jeito, a não ser curativo, que os auxiliares têm que fazer e nós não podemos. (Equipe 1, agente 1)

A especificidade do trabalho não parece passar, portanto, só pela capacitação que pode ser muitas vezes empírica, mas, em muitas situações, pela regulamentação profissional, como não estar autorizado a fazer certos procedimentos.

Ao auxiliar é atribuída uma função mais operativa e menos continente. A disponibilidade de tempo aparece como condição importante:

> Uma coisa que o povo conta para nós não conta para o auxiliar; o auxiliar vai nas casas rápido, com pressa porque vai fazer um curativo. Nós temos mais tempo para ouvir as pessoas, assim com calma, orientando... Cada um tem a sua função. (Equipe 2, agente 2)

Nas entrevistas com os agentes que dispõem de um entendimento mais positivo sobre a sua função, destaca-se este um a mais do trabalho do agente, que é a relação com a população:

> Nós que somos o olho do projeto Qualis... Nós que vamos nas casas, que vemos tudo, as necessidades... (Equipe 1, agente 2)

> O agente conhece a realidade de toda a sua área, conhece cada pessoa (ou quase todas). O serviço do auxiliar é aplicar injeção, fazer uma vacina, verificação de pressão arterial, um curativo, e vão [nas casas] ver uma pessoa acamada, fazer uma sensibilização. A diferença que eu acho é que o agente conhece tudo assim da área e o auxiliar não. Se você não levar ele até essa família ele não vai saber. (Equipe 1, agente 4)

> A nossa função é a informação, a orientação... Não só a gente informa a população, mas também traz informação da população para dentro do Posto. A gente não trabalha só no sentido de informar sobre a doença, mas lá a gente está vendo o que precisa: se a família precisa de algum tratamento de água, de esgoto... o tratamento do lixo... (Equipe 1, agente 3)

> Eu vou nas casas (...). Eu vejo o meu trabalho como muito importante porque eu posso estar ajudando as pessoas... [a, por exemplo,] sair de uma depressão, sair de uma tristeza. E é gratificante para a gente, não em salário, mas em termos de pessoa (...). Chega em casa e está realizada. (Equipe 2, agente 2)

Portanto, se o agente de saúde é um observador qualificado da situação de saúde e necessidades das famílias – algumas vezes, para o trabalho da equipe, também interfere nessas situações através do que concebe como orientação. Uma terceira característica do trabalho do agente é o vínculo de vizinhança, a mobilização:

> O auxiliar de enfermagem está mais ligado na área de medicamentos. Agora o agente, não, porque ele é mais um mobilizador mesmo. Por maior que seja o vínculo da equipe com as pessoas, o do agente comunitário é sempre maior, porque a gente está ali no dia-a-dia, sempre indo naquela casa. Porque fora isso, ele é um vizinho, um amigo... não é só a "menina do posto". (Equipe 2, agente 1)

A 'boa prática' do agente de saúde parece ser a de dedicar-se 'de corpo e alma' ao outro, à comunidade:

> Minha família tem ciúmes... eles falam assim para mim: "Ah, Mãe, você pensa mais na comunidade do que em nós mesmos... você não faz mais bolo, não faz mais nada para nós... você só pensa neles. Dá a impressão que a sua família são eles". (Equipe 2, agente 1)

O agente pelos demais sujeitos

Conforme pôde ser depreendido das informações sintetizadas no Quadro 14, os formuladores de políticas de saúde e os gestores do Projeto Qualis não têm um consenso em relação ao trabalho do agente comunitário de saúde. Isto talvez esteja relacionado ao relativo distanciamento da organização do trabalho assistencial.

Nas entrevistas analisadas identifica-se, em um pólo, uma concepção do agente que se denomina 'dinamizador para mudança social via promoção da saúde'. No outro pólo, se pode observar a expectativa de que o agente seja um elemento primordial da estratégia de vigilância à saúde, quer na identificação de problemas, quer no acompanhamento e controle de situações de maior vulnerabilidade. Em um ponto intemediário entre esses pólos, identifica-se, ainda, uma proposta em que se mesclam a vigilância à saúde das pessoas (abordagem do indivíduo e dos moradores de uma mesma casa) e mobilização da comunidade (carente) para acesso a serviços e benfeitorias.

Quadro 14 – Apresentação sintética de respostas envolvendo o trabalho do agente comunitário de saúde em entrevista sobre o Qualis realizada com formulador de políticas públicas e gestores técnicos da área da saúde

	Formulador 1	Gerente técnico 1	Gerente técnico 2 Novidade do projeto
1. Papel do agente de saúde			
2. Natureza da ação do agente de saúde			
Aplicação cadastro			A população é conhecida através do agente
Educação		Menciona	
Prevenção			
Promoção da saúde	Primordial*	Menciona	Menciona
Vigilância à saúde	Secundário	Menciona	Acompanha situação de saúde
3. Local da ação		Fora da unidade	
4. Formas de atuação			
Colhe e registra informações			Isso é pouco
Identifica problemas nas casas e no bairro		Menciona	Menciona
Traz os problemas para a equipe discutir		Sobre qual é a melhor forma de atuar	Menciona
Leva mensagens da equipe/ informações para as famílias		Menciona	
Encaminha pessoas para a unidade			Deveria fazer mais do que isso
Execução de procedimento técnico-instrumental de enfermagem		Não faz	
Conversa com as pessoas sobre problemas do bairro			Menciona
Entusiasmar as pessoas para atuarem			Menciona

Quadro 14 – Apresentação sintética de respostas envolvendo o trabalho do agente comunitário de saúde em entrevista sobre o Qualis realizada com formulador de políticas públicas e gestores técnicos da área da saúde (continuação)

	Formulador 1	Gerente técnico 1	Gerente técnico 2 Novidade do projeto
Organização do trabalho			
Seleção e treinamento			
Educação continuada			
Supervisão			
Reuniões de equipe		2 vezes/semana	
Produtividade (visitas por dia)		10 visitas/dia	
Condições para o trabalho		Capacidade física	Morar na comunidade adscrita Estar atento, estar ligado no que vê e ouve Estar em cima para controlar
Natureza da interação			
Elo de comunicação		Comunidade-equipe	Comunidade-equipe e equipe-comunidade
Chamamento para reuniões		Menciona	
Mobilização/participação social			Fazer as pessoas verem os problemas e perceber aonde vão ter que reivindicar (ex.: lixo) Como cuidar para ter seus direitos
Fundamento da interação			Não ser assistencialista

* Formulador 1 destaca a importância da "produção da saúde", em vez da assistência mesmo que de boa qualidade. O agente deveria envolver-se com a promoção da saúde, como lazer para jovens e idosos. Afirma que mobilizar a população sem mudar o modelo assistencial implica sobrecarregar a rede de serviços.

Apresenta-se, nos anexos, um quadro resumido com informações da entrevista com os gerentes locais e integrantes da equipe (médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem) das quatro unidades estudadas. Nos trechos dos depoimentos, pode-se observar a concepção que têm sobre o Qualis: objetivos, população-alvo, necessidades e problemas de saúde, estratégias de atuação, programas e protocolos, registro e avaliação, atuação dos diversos profissionais, dificuldades, significado do projeto para a população e requisitos para trabalhar no PSF, além de impressões e planos pessoais. Esse conjunto de pontos conformam um pano de fundo para entender onde e como se coloca o trabalho do agente comunitário de saúde.

Com esse objetivo, tecem-se algumas considerações de aspectos comuns do conteúdo das entrevistas, sem o intuito de diferenciar as opiniões segundo a inserção profissional.

De forma geral, destaca-se o acompanhamento da família na unidade e no domicílio, com vistas a alcançar melhor qualidade de saúde e vida. O trabalho da equipe tem como base uma humanização do atendimento, para a qual o vínculo com as pessoas e as famílias é importante.

Os profissionais listam uma série de necessidades relacionadas com as condições de vida e informam que grande parte da assistência é realizada para pessoas com hipertensão e diabetes, especialmente em áreas com população mais idosa. Entre as atividades mencionadas destacam o atendimento individual, com menor referência relativa às atividades educativo-assistenciais em grupo e as ações comunitárias.

Quase todos identificam problemas com o fornecimento de medicação e acesso a serviços de referência, tanto ambulatoriais como leitos para internação. Identificam que a população está satisfeita com o atendimento, especialmente considerando que, no passado, a maior parte das unidades estava praticamente desativada ou mesmo fechada, mas que há reclamações, especialmente pelo acesso a pronto-atendimento e pela existência de necessidades não abrangidas pelo PSF.

Os entrevistados relatam que cada integrante da equipe tem a sua função: o médico e a enfermeira com carga assistencial importante (na unidade e em visitas a algumas condições específicas); a enfermeira ainda acumulando atividades de supervisão da enfermagem e dos agentes; a auxiliar de enfermagem também com atividades na unidade e externas; e o gerente como contato com serviços de referência, com a coordenação do projeto e com a população.

Entre as dificuldades para a execução do trabalho destaca-se a referência à sobrecarga ocasionada pela responsabilidade por número de famílias – considerado excessivo –, à falta de medicamentos e às dificuldades com os serviços de retaguarda da unidade básica, além da abordagem de situações

sociais, como violência e desemprego, que têm repercussão na saúde das pessoas. Alguns profissionais identificam problemas também no modelo assistencial, de como dar conta, ao mesmo tempo, da assistência a grupos de risco epidemiológico e garantir espaço no trabalho para ações de prevenção e de promoção da saúde. Outro desafio é o próprio objeto de atuação, o deslocamento da abordagem do indivíduo para a família e o meio ambiente.

Quanto aos requisitos identificados para trabalhar em uma equipe de Saúde da Família, destacam a capacidade de atuar em equipe, uma visão mais holística da saúde, a habilidade para o contato interpessoal, além de aspectos relacionados com uma postura ético-política, traduzidos pelos entrevistados como "ter compromisso", "envolver-se com o trabalho" e "almejar eqüidade social".

Foram ainda analisadas cinco entrevistas realizadas com integrantes da comunidade (ver anexos), vinculados principalmente a grupos religiosos e movimentos ligados à área da saúde. Chamam a atenção as críticas às dificuldades de acesso ao atendimento imediato e à falta de medicação; em uma das entrevistas encontra-se referência ao excesso de rigor nas orientações realizadas pela equipe de saúde da família (ver anexos).

A partir desse panorama, passa-se a apresentar a opinião dos entrevistados sobre o trabalho e características do agente comunitário de saúde.

O agente de saúde é destacado por muitos dos entrevistados como o "diferencial" do PSF, quando comparado a outros modelos de atenção. Nele se deposita não só uma série de responsabilidades, mas a possibilidade de transformação:

> O grande detonador, o modificador, o transformador do modelo do Qualis é o agente comunitário. (Equipe 1, gerente)
>
> O agente comunitário, que faz a ligação entre a comunidade e a unidade de saúde. Isso, para mim, é o diferencial mais importante dentro desse projeto. (Equipe 2, gerente)
>
> O agente comunitário é o grande pivô de tudo. Ele é a pedra fundamental do programa, porque ele é que está ali com a população, é ele que tenta resolver alguma coisa, dentro da capacidade dele, é ele que está trazendo para a equipe os problemas. (Equipe 3, enfermeira)
>
> Para mim, o que mais me agrada no projeto é o agente comunitário, porque é aquela pessoa dentro da casa e dentro da unidade que traz todo tipo de informação para você. (Área 1, morador da comunidade 2)

As funções do agente são definidas pelo pólo positivo – o que ele faz; e pelo negativo – o que não faz:

> A função específica, quase exclusiva dele, é a visita à família. (Equipe 1, gerente)
>
> Ele vai para as casas, ele faz a visita, ele conversa com as pessoas... ele dá orientação, detecta problemas... (Equipe 2, enfermeira)

> Ele é o articulador de todo esse processo, que traz a demanda, que tem um vínculo muito grande não só com a clientela... Na verdade, a jornada dele acaba não sendo de quarenta horas, porque sábado, domingo, eles são abordados, são reconhecidos pela comunidade enquanto elementos da saúde. (Equipe 4, gerente)

> Os agentes às sete horas da manhã vêm para o Posto, o que está escalado fica no acolhimento das sete às nove horas. Depois do acolhimento, ele sai, programa a pastinha dele, sai para fazer visita domiciliar. Tendo algum problema, ele vem, conversa com o médico, com a enfermeira, e a gente já agenda consulta, ou para um dia determinado ou, se tem alguma urgência, a gente sai, mesmo em horários indeterminados. (Equipe 3, enfermeira)

> O agente comunitário visita todas as famílias e trabalha a prevenção. (...) O agente comunitário é o que trabalha mais profundo mesmo a prevenção das doenças, com as orientações que ele passa para a comunidade. (Área 1, morador da comunidade 2)

> O agente não dá medicação, é observador, faz orientações na área; o auxiliar de enfermagem é operador. (Equipe 1, médico)

O agente também é a extensão do olhar da equipe para além dos muros da unidade: é ele que identifica as condições de vida das famílias e a necessidade de um cuidado de outros profissionais:

> Ele é o mais importante da equipe. Se não fosse ele, não poderia estar trazendo os problemas para a unidade. Ele olha do recém-nascido ao vovô, ele olha a família como um todo. Ele capta todos os problemas, se tem hipertenso, diabético, gestante... se tem esgoto a céu aberto, se a caixa d'água é fechada, se bebe água filtrada (...), a condição de moradia, se está empregado ou desempregado. Toda essa parte é ele que vê; a gente vai lá depois que ele vê tudo isso e relata na reunião de equipe... Ele vivencia bem mais do que a gente. (Equipe 1, auxiliar de enfermagem)

> O agente faz visita seqüencialmente, ou seja, casa por casa. Vai perguntar se está tudo bem, a questão da prevenção mesmo... como é que está a caixa d'água, como é que está a casa, se tem alguém que teve uma doença e não veio à unidade (...). Ela dá informação sobre alimentação (...), ela faz aquele primeiro olhar que é do agente comunitário... Através dos olhos da agente, da avaliação da agente, ela traz para a equipe. Se ela tiver algum problema que ela não pôde resolver na área, e aí é onde a gente intervém. (Equipe 1, enfermeira)

> Todos fazem visita domiciliar, mas é sempre o agente, vamos dizer, que detona a necessidade de visitas ou não. (Equipe 2, gerente)

Se há consenso de que a rua e as casas são os espaços próprios de trabalho do agente, para as atividades desenvolvidas na unidade, como participar de grupos educativos e do acolhimento, não há consenso. Encontram-se diferentes formas de organização da prestação de assistência entre as unidades, além de divergência entre os profissionais, evidenciando, ainda, uma busca de adequação

da organização da assistência:

> O agente comunitário já foi bem capacitado para o acolhimento... ele vê o que precisa passar na hora... ele já tem condição para avaliar se aquele caso pode passar para o agendamento ou para a enfemeira. (Equipe 3, enfermeira)

> Os agentes são facilitadores do grupo educativo. (Equipe 2, médico)

O agente é também o responsável pelo levantamento de dados iniciais sobre a população e pela apresentação do PSF no contato com cada família, porta-voz dos objetivos e sua organização:

> Através do cadastro do agente comunitário, entrevistando cada pessoa, é que levantou o número de problemas, e com esse número, como se iria trabalhar com os cinco principais: a hipertensão, a diabete, a gestante, criança menor de 1 ano e a criança de 1 a 5 anos. (Área 1, morador da comunidade 2)

> Toda a questão do Qualis, o que é, como é, é trabalho do agente. Ele é que vai lá e diz: "Olha, o nosso trabalho é assim, ou não é tal". (Equipe 2, enfermeira)

Outra faceta do trabalho do agente é dar suporte aos profissionais da equipe nas suas incursões externas. Uma primeira tarefa é a de conduzi-los até o local necessário, fazer a apresentação, prestar esclarecimentos, mediar a relação:

> Ele acompanha todas as visitas do médico, da enfermeira e da auxiliar. (Vila Gulhermina, gerente)

> Sem eles não teríamos acesso a informações. Eles é que abrem a porta para nós entrarmos. Eles ganham, eles cativam as famílias para nós entrarmos. Eles são a porta de entrada do projeto. (Equipe 4, auxiliar de enfermagem)

O agente tem ainda como tarefa levar mensagens e insumos (receitas, encaminhamentos, relatórios, medicação). Observamos essa função na comunicação de data de consulta, convite para vacinação, grupo educativo, reunião do Conselho de Saúde. Esse trabalho criticado pelos profissionais quando o seu objetivo é mais "burocrático", como desmarcar e marcar consulta, mas considerada pertinente se for o caso de levar encaminhamento, medicação ou reforço a determinada conduta ao paciente:

> Se vai ter uma reunião que não foi planejada com antecedência, aí tem que mandar o agente desmarcar tudo, uma trabalheira... (Equipe 2, médico)

No entanto, na presença dos outros profissionais da equipe, o trabalho do agente de saúde pode aparecer como que restrito ao de 'acompanhante':

> (A equipe) é composta das agentes, que fazem as visitas domiciliares, atendentes que estão ali para acompanhar as auxiliares de enfermagem. (Área 2, morador da comunidade 3)

Para a população, o agente tem um papel às vezes mais ampliado, de ajuda, de socorro, especialmente importante em condições de vida precárias e com dificuldades de apoio por outros serviços públicos. Por se fazer presente em situações difíceis, estreita-se o laço entre algumas famílias e os agentes.

> A Dona... que é a agente da minha rua, a minha agente – eu falo minha agente, sabe? Então, tudo que é coisinha (...). É o anjo da guarda da gente, que (...) qualquer coisinha eles correm... (Área 1, morador da comunidade 1)

> As pessoas vêem nele (agente de saúde) um tudo... se transforma em um membro da família, é um amigo que no fim do ano a gente dá presente... (Área 1, morador da comunidade 2)

Para a equipe de saúde, o agente comunitário também é o desencadeador de atividades extraordinárias da equipe, como a visita ao recém-nascido:

> As visitas (mensais) são programadas. As visitas de emergência sempre acontecem com os recém-nascidos. Vem a notícia que tem um recém-nascido, há uma visita de emergência, uma visita que não está no dia programado. Com 24 a 48 horas depois que o bebê chega, a gente tem que visitar. (Equipe 3, gerente)

Na análise das entrevistas detectam-se cinco funções do agente comunitário de saúde que, se considera, merecem um destaque. São elas: conhecedor da população; facilitador do acesso ao serviço de saúde; a de elo entre a equipe, a família e a comunidade; acionador de atividades; e, ainda, a de controlador dos indivíduos, das famílias e da equipe.

O conhecimento que o agente de saúde tem das famílias e das pessoas é incorporado por profissionais da equipe como instrumento tanto de gerenciamento, como para nortear o tipo de atendimento necessário, na unidade ou em casa:

> Na reunião da próxima segunda-feira, eu vou combinar com os agentes para eu estar indo todo dia em uma casa, não em qualquer casa; o agente, ele sabe qual é aquela família mais resistente e que reclama mais do posto, e este reclamar do usuário tem muito a ver com gerenciamento... (Equipe 1, gerente)

> Ela ajuda também no acolhimento (na unidade)... ela já conhece o usuário melhor do que a gente... às vezes é um usuário que vem para a unidade por ansiedade e ela já sabe que o problema dele é esse, e ela já conversa com a gente, já especifica... (Equipe 1, enfermeira)

O agente conhece não só as pessoas, mas também as casas e o modo de vida dos seus habitantes e atua como um prolongador dos olhos e da apreensão da equipe:

> O agente no momento que está fazendo o cadastro já olha as instalações da casa... discretamente ele já está examinando as instalações. Ele já tem o treinamento para que ele olhe se a pessoa é orientada para

higiene, alimentação... Tudo isso ele já capta e já fica sabendo se existe doença crônica naquela família e quais os tipos de doença crônica (...), se tem um acamado (...). Ele vê e ele já anota e passa para a gente... (Equipe 2, gerente)

É o agente comunitário que encontra as pessoas, que sabe que naquela casa ali tem muita poeira, tem muito pó e é ele que requisita uma visita nossa. Nós vamos lá para identificar o problema de outro prisma, porque só o tratamento não resolve, porque às vezes o problema está na casa. (Equipe 3, enfermeira)

O agente tem a função de prestar informações à população sobre as atividades desenvolvidas na unidade e as formas de acesso. É o agente também que leva o 'caso' da família para discussão na reunião de equipe e que, muitas vezes, é o desencadeador da vinda de um outro profissional à casa. Na relação do agente com a família e com a equipe, estão em jogo não só os procedimentos necessários aos cuidados da saúde, mas também relações de barganha e poder:

Tal agente quer que a doutora vá em tal lugar porque precisa, é necessário... [mas a equipe discorda] Aí de repente muda [a história]: "Ah, mas eu prometi, doutora." Aí, quando fala: "Eu prometi para ele"; aí, pronto, acabou!. É o nome dela que está em jogo. Então vamos priorizar, porque nós temos que dar prioridade... (Equipe 2, médico)

Uma parte expressiva do trabalho dos agentes é o 'levar mensagens' – como o agendamento para tratamento de saúde bucal, um cuidado recém-incorporado de forma oficial no PSF – e que, nas unidades do Qualis, suscitam uma grande mobilização da população em busca de vagas, e dos agentes em torno da distribuição de senhas:

Essa coisa da gente chegar e escrever o nome da pessoa em um bilhetinho, mandar o agente na casa e o agente bate na porta da sua casa e fala: "Ó, você tem dentista marcado tal dia, eu acho que é uma comodidade para a pessoa que vem aqui... (Equipe 3, dentista)

Nesse relato, pode-se notar o papel de mensageiro do agente de saúde, às vezes tomado como 'mandado' pelo profissional médico ou dentista:

Eu acho que o agente é um ponte entre a população e o Posto de Saúde, como se fosse um pombo-correio. Sai aqui do posto e leva uma mensagem para o paciente e tem paciente acamado que não pode sair, vem, chama e leva o médico. (Equipe 3, dentista)

O agente é também responsável pela emergência de necessidades de saúde, conformando parte importante da demanda da unidade básica:

No começo foi a demanda espontânea, porque os agentes comunitários entraram depois da gente. E aí os agentes, com o cadastramento foram trazendo os casos. Eles orientavam: "Olha, vá lá no posto, que tem médico, que está funcionando." Até que a nossa demanda ficou grande... Então, a captação e a manutenção dos pacientes é muito mesmo pelo agente comunitário. (Equipe 4, médico)

A figura do agente como "elo" é destacada de forma extensiva em muitas das entrevistas. Responsável pelo contato de mão dupla equipe-população adscrita, ele também é visto como elemento importante para garantir o vínculo e a humanização almejados pelo programa, além de incentivar a participação e a organização da comunidade, para o controle social do serviço de saúde:

> O agente, eu acho que é o que dá grande diferença a este projeto. Porque ele é o elo de ligação entre a equipe e a comunidade. É ele que faz esse gancho, essa interação, essa humanização do atendimento. Eu acho que é um elo fundamental. (Equipe 4, gerente)
>
> Os agentes é que ocupam o principal lugar no Projeto Qualis, por conta de que eles é que estão em contato direto com a família. Eles é que estão visitando, entrando nos lares (...), adquirindo confiança (...), conquistando essa confiança com as famílias (...). E vendo a necessidade de consultas, de tratamentos, detalhes, da saúde mental. É o próprio agente comunitário que detecta isso. E ele traz para a equipe. (Equipe 3, gerente)
>
> O agente comunitário é a nossa referência para o contato com aquela família, ele faz o entrosamento. Porque, como ele está lá sempre com a família, ele cria um vínculo muito maior do que o meu ou da doutora (...) Eles acabam se abrindo para os agentes em coisas que a gente nunca poderia imaginar... esse vínculo que ele faz com o agente é muito importante para o nosso trabalho. (Equipe 2, enfermeira)
>
> O que mais me agrada (no PSF) é o vínculo com a família, esse olhar para o indivíduo enquanto família, comunidade, meio onde ele vive, esse olhar integral... Eu respeito e admiro muito o agente comunitário, eu acho que, sem ele, a gente não conseguiria avançar como o agente avançou nesse modelo. (Equipe 1, gerente)
>
> O agente também é o maior elo (...). Ele conhece a comunidade, ele conhece as instituições, ele conhece onde a gente pode se inserir melhor, ele é que nos indica todos esses pontos... ele faz os contatos e aí a gente vai... é ele que faz a nossa apresentação... (Equipe 2, enfermeira)
>
> O agente de saúde é um elo importante (no acolhimento)... porque ele conhece a casa e conhece cada um que vai resolver cada coisa . E ele conhece melhor do que qualquer um. (Equipe 2, médico)
>
> O agente comunitário é o mobilizador: se tem algum evento é ele que vai e põe o cartaz na área, é ele que convida. Nos grupos educativos, ele participa como um mobilizador, como um apoio da equipe para a realização dos grupos. (Equipe 1, gerente)
>
> Os agentes fazem a convocação para os grupos educativos, eles entregam os convites, eles participam, aí tem o auxiliar, o enfermeiro... (Equipe 2, auxiliar de enfermagem)
>
> Quem aciona as famílias para a reunião (do Conselho de Saúde) são os agentes comunitários do posto. (Equipe 1, auxiliar de enfermagem)

> A reunião do Conselho de Saúde é aberta para toda a comunidade, tem o presidente do Conselho, participam os agentes também, sempre na frente de tudo. É organizado entre eles mesmos. (Equipe 2, gerente)

> [As pessoas do bairro participam de coisas que acontecem no Qualis]...elas sabem através de cartazes ou antes, dos agentes, eles que chamam para os eventos que a gente faz. (Equipe 2, enfermeira)

No entanto, a posição de elo entre a unidade de saúde e a comunidade coloca um desafio para a identidade do agente, tensionando-a de um e de outro lado. Na opinião de alguns entrevistados, o agente pende para a instituição:

> [Para relacionamento do Qualis com a população] (...), nós temos o Conselho de Saúde, fora o trabalho dos agentes, que é uma relação com a comunidade. Eles trazem os problemas para a reunião. Eu faço reunião com os agentes em separado (...). Mas o Conselho de Saúde aqui é muito fraco, ele tem pouca experiência (...). E os agentes não têm ainda claro esse papel deles de intermediários com a população. Os agentes daqui ainda são muito assistencialistas com a população. Às vezes eles defendem a unidade e não a população... A gente está tentando mostrar o papel deles como educadores, como entrar em contato com a população... (Equipe 2, gerente)

Porém não há uma reflexão sobre esse "elo", na perspectiva das diretrizes do programa.

A população cadastrada e a visita domiciliar do agente se somam como estratégias de controle da continuidade do tratamento:

> A gente trabalha com população fechada, então é muito mais fácil o controle... Eu tenho um controle pelo agente que vem e fala: "Fulano precisa de medicamento, ele está sem medicação." Fica mais fácil. (Equipe 1, médico)

Na estratégia adotada de controle de grupos de risco, o agente de saúde é instrumento privilegiado, conferindo, na casa do indivíduo, o seguimento dos cuidados, a dieta, a atividade física, o uso de medicação e o comparecimento aos atendimentos. Esta vigilância, de tipo disciplinar, possibilita uma reorganização do trabalho assistencial:

> O agente está em cima, eles fazem as visitas mensais, ou até quinzenais, quando é o caso. Eles perguntam: "Está tomando o remédio?". Contam (para a equipe) dos casos mais rebeldes... Então essa é a nossa vantagem: estar realmente em cima do paciente, entrando na casa dele. (Equipe 4, médico)

> Então eu vou espaçando (o retorno do hipertenso controlado) – dali a três meses, depois seis meses – isso não quer dizer que eu perdi o controle, porque eu tenho o agente comunitário que faz o seu trabalho de visitação, para saber se o paciente está bem, se está tomando os medicamentos. (Equipe 4, gerente)

O agente também controla a adequação e a eficácia o trabalho da equipe:

O agente comunitário na área avalia a intervenção da equipe sobre aquela família... ele vê realmente, por exemplo, se a mãe que você visitou está dando de mamar para a criança ou se a mãe disse que ia dar a mama e não está dando. (Equipe 1, enfermeira)

O agente é o que informa a gente. Tudo o que está acontecendo (...), o que está dando resultado, o que não está dando resultado, quem está seguindo, quem não está seguindo, quem precisa fazer isso, quem não precisa... O agente é comunicação total. É comunicação. (Equipe 4, enfermeira)

O agente foi colocado estrategicamente para incomodar o médico, mas eles são os meus tentáculos. Ele que vê, que sente, que sabe (...). Ele é que me informa o que está acontecendo na comunidade, ele chama a minha atenção [para um problema]. Na experiência em Niterói, como médico de família, eu não tinha o agente; eu fazia tudo: pegava a bola, defendia, fazia gol. Era muita coisa! (Equipe 1, médico)

Para responder a essas atribuições, os membros da equipe entrevistados listaram uma série de características necessárias ao agente de saúde. Além da pré-condição de morar na área em que trabalha, enfatizou-se o vínculo com a comunidade:

Tem que mostrar interesse e morar na área. (Equipe 1, médico)

Um dos critérios de seleção é que sejam pessoas que têm história de vida de participante da população, como a gente chama, "lideranças comunitárias"... (Equipe 1, gerente)

O agente é um ser da comunidade, é um morador que está querendo ajudar a sua comunidade. Quando ele começa a fazer o seu trabalho, ele se sente uma pessoa como que responsável também pela saúde dessa comunidade... Ele é um líder porque ele vai dialogar com as pessoas e tentar buscar as pessoas para que elas melhorem a sua saúde (...). Ele é um facilitador porque a linguagem dele é diferente da nossa e ele assinala o básico... Ele faz como que uma fotografia da pessoa que eu não conheço. Ele não é um leva-e-traz (...). Eles opinam nas nossas atividades. (Equipe 2, médico)

O agente de saúde não é um mero visitador domiciliar. É alguém da comunidade escolhido porque já tem liderança, então ele, até pela cidadania, ele tem as características próprias dele (...) Já tem isso inserido como perfil. É uma pessoa que tem essa questão da liderança, da mobilização, do interesse pelo outro (...). Está disposto para atender o outro (...). É uma pessoa que tem uma visão dos problemas, divide os problemas junto com a comunidade. O Qualis vê o agente comunitário como uma pessoa que vai intervir positivamente junto à comunidade (...) que não vai só visitar e fazer um levantamento de dados, (mas) vai intervir continuamente. (Equipe 1, enfermeira)

O agente comunitário de saúde é assim da população... É a comunidade dentro do serviço de saúde. Ele é a comunidade que está trabalhando dentro do serviço de saúde, então ele expressa a vontade da comunidade e tem a confiança da comunidade. (Área 1, morador da comunidade 2)

O trabalho externo à unidade, o chegar nas casas e contatar as famílias, é reconhecido como uma atividade que exige desempenho físico e habilidade técnica – interpretada como de cunho psicológico ou comunicativo:

Não é só a escrita [necessária para o trabalho do agente], mas também a parte psicológica. Para o atendimento boca a boca que as meninas vão fazer, para contato com as famílias elas têm que ter um preparo. Então, não pode ser qualquer um, porque todos têm a capacidade, mas tem aqueles mais controlados, que sabem distinguir uma coisa da outra. (Área 2, morador da comunidade 3)

O serviço deles é minucioso. Eles estão atentos a tudo. Ele tem uma comunicação com a população, um vínculo com a população, que eu fico de queixo caído. (Equipe 4, auxiliar de enfermagem)

Uma agente comunitária, ela tem que agüentar tudo, não é? Já pensou se a agente chega em uma casa de família e chega um estúpido lá falando: "Ah, isso não me interessa." Acho que a escolha [seleção] foi para ver a capacidade de cada um. (Área 1, morador da comunidade 1)

O trabalho do agente, além dos aspectos técnicos, exige atributos morais definidos pelos entrevistados como "humanidade", gostar de conversar, ser paciente, mas também perseverança e idealismo:

Um dos fatores [que contribuíram para que o Qualis fosse respeitado em São Paulo] é o agente comunitário, porque ele entrou com muitos sonhos, com muita garra... (Área 1, morador da comunidade 2)

O agente comunitário ainda é participante importante das atividades festivas da equipe, da unidade, da comunidade, pois "as comemorações são com elas [agentes]" (Equipe 4, enfermeira).

Destacam-se, aqui, três outros aspectos considerados relevantes no trabalho dos agentes e que têm um contraponto na opinião dos demais componentes da equipe e da comunidade. São as atividades comunitárias, a questão da aderência ao seguimento de saúde e ao tratamento proposto e as reuniões de equipe. A primeira, por sua relevância em um projeto que enfatiza como um dos seus objetivos a promoção do autocuidado, da cidadania; a segunda pela hipertrofia das atividades de vigilância à saúde especialmente de indivíduos com risco cardiovascular; e a terceira como instrumento privilegiado de trabalho da equipe e de elaboração da tecnologia necessária ao modelo assistencial em construção.

Se os Conselhos de Saúde locais abrem um espaço privilegiado de contato da população com a unidade, ele, muitas vezes, acontece sob empenho da unidade, sendo a participação da população variável. Mesmo nas equipes, os

funcionários que não são 'membros natos', como em muitos locais alguns dos enfermeiros e agentes de saúde, têm pouca informação sobre suas atividades:

> É as enfermeiras que chamam para a reunião... Se eu não venho, eles vêm aqui no meu portão... Só mesmo se eu não puder mesmo vir, eu não venho... (Área 1, morador da comunidade 1)

> Do Conselho de Saúde fazem parte os agentes comunitários e tem pessoas da comunidade (...) e pessoas que, mesmo não fazendo parte do Conselho, vêm nas reuniões (...), participa com a gente, questiona... (Equipe 1, enfermeira)

> Existem reuniões que são feitas com o pessoal do bairro e o Qualis, mas elas não são muito freqüentadas. É uma pena, porque a turma faz o convite, estende o convite... às vezes que não participa depois sai falando algumas coisinhas que não deve. (Área 2, morador da comunidade 3)

Há diferentes interpretações e práticas de participação popular. A equipe aciona a população para os problemas do seu interesse, enquanto a população é vista como "ajudando" o movimento. De nenhum dos dois ângulos, instala-se uma parceria:

> [No episódio da invasão do posto] (...) a gente fez uma convocação rápida. Eles se mobilizaram e, junto com a gente, ajudaram a resolver o problema (...). Então, eles participam bem. (Equipe 1, enfermeira)

> O planejamento mais geral é feito anualmente. A gente faz o planejamento e na execução a comunidade participa, a gente põe a comunidade como participante ativa do planejamento. (Equipe 1, enfermeira)

> A comunidade está sempre disposta a ajudar. (Equipe 1, médico)

> Se a gente chama para alguma reunião, ou alguma coisa assim, o pessoal vem. (Equipe 4, enfermeira)

Encontra-se o relato de uma série de atividades desenvolvida pela equipe que se identifica como de caráter comunitário quando se distanciam de um objetivo mais imediatamente assistencial e educativo e propiciam o desenvolvimento de relações entre os participantes:

> Tem os grupos da terceira idade, que são oficinas culturais, toda terça-feira na Unidade. Esse grupo já é bastante independente, eles quase se autocoordenam. Na verdade, dois agentes ficam meio de apoio, mas eles já caminham sozinhos. (Equipe 1, gerente)

> A gente está em um processo de tentar motivar a população a fazer a multimistura. Tem que fazer com que a população mesma assuma, até mesmo vir aqui fazer a multimistura dela ou na área chamar uma série de mulheres numa casa e ensinar. A gente está nesse processo que eles multipliquem, senão fica sempre a gente só ensinando... Um dia a gente sai daqui e acaba tudo! Não pode, não é? (Equipe 1, gerente)

> Tem a farmácia caseira, de você usar o que tem em casa, de uma vizinha ensinar a outra: "Olha, fulana, eu tenho aqui no meu quintal uma planta tal, você não quer dar para o seu filho? É assim que faz". A gente

está na tentativa de resgatar entre os jovens essa herança que se perdeu um pouco, com esses remédios que você toma, os Doril da vida, você esquece de ter um pouco de paciência, de tomar um chazinho que demora mas faz efeito. (Equipe 1, gerente)

Uma parte do trabalho da equipe é o que é denominado de "mobilização", entendida como apoio de um movimento social em direção a determinado objetivo:

> A gente tem que ensinar a eles a encontrar a resposta. Que nem o pessoal lá de cima, onde o lixeiro não passa (...) e o daqui, o esgoto a céu aberto. A gente explica isso, ensina como reivindicar os seus direitos, no caso de pavimentação, saneamento básico, lixo. Aqueles suportes para colocar o lixo, ir na prefeitura reivindicar os direitos deles. Tem terrenos que são tudo assim, sem cercado, abandonado. Ali vira uma criação de ratos. Tem que pedir na prefeitura para que obrigue o dono a murar aquele terreno, a carpir... (Equipe 1, auxiliar de enfermagem)

As necessidades de infra-estrutura são, muitas vezes, básicas e quando uma é alcançada, outra aparece, demonstrando que a mobilização é condição para que o Estado preste os serviços a que as pessoas têm direito:

> Aqui tinha áreas, há 3 anos atrás, que ainda não tinha água, as pessoas usavam ligação clandestina de luz. Então, junto aqui com a unidade de saúde, conseguiu colocar energia e água nesses locais. A luta agora é na questão de colocar esgoto, rede de esgoto em todo o bairro. (Área 1, morador da comunidade 2)

As unidades de saúde da família promovem e fornecem os recursos para muitas atividades de lazer que têm como objetivo tanto angariar fundos como propiciar o encontro das pessoas em torno de eventos marcantes para a vida da comunidade. Neste sentido, devido à ausência de muitos outros serviços e espaços físicos, a unidade de saúde é palco de eventos sociais:

> A gente sempre promove bingo, faz festa do dia das mães, festa da terceira idade. A Cristina, nossa auxiliar de enfermagem, está fazendo um canteiro no pátio com plantas medicinais... eles traz as mudas de planta, eles mesmos vêm, fazem os canteiros, carpem. A comunidade, eles participam bastante. (Equipe 1, auxiliar de enfermagem)

Fazer reunião e passar abaixo-assinado são atividades comunitárias de cunho reivindicativo. As formas de participação também são variadas e, considerando às vezes a dificuldade de mobilização, tende-se a valorizar qualquer manifestação, como entrar no abaixo-assinado:

> Tinha o posto desativado... foi onde eles se mobilizaram para que (o Qualis) se instalasse aqui. Infelizmente, muitas das pessoas que trabalharam nessa campanha acabaram não sendo cadastradas, porque a área é delimitada. Por isso a gente passa essa orientação para aqueles não cadastrados que nos procuram, a gente pede para eles fazerem o mesmo em outros lugares, para que sejam abertas novas unidades. (Equipe 2, auxiliar de enfermagem)

> Eu falei: "Olha, sabe o que você tem que fazer? Um abaixo-assinado, um abaixo-assinado com bastante assinaturas. Pergunta em um posto, um lugar onde tenha uma pessoa que entenda, leva as assinaturas, faz que nem nós fizemos no começo. Aí vocês vão ter um Qualis só para vocês, um posto só para vocês." (Área 2, morador da comunidade 4)

> Eu acho que de uma maneira geral (teve participação)... a partir do momento que a pessoa assina a folha já está ajudando, não é? E o pessoal ajudou bem. Num instantinho nós fizemos as assinaturas que precisava. (Área 2, morador da comunidade 4)

Quanto à aderência, toda a equipe dá importância a esse aspecto e critica a atitude de muitos usuários, de faltar ao atendimento agendado ou de não cumprir a prescrição:

> Se o paciente se tornar um faltoso ele perde o direito ao agendamento, aí ele volta de novo para a fila ou espera para ser encaixado quando houver vaga. (Equipe 1, médico)

> Eu tenho um esquema de trabalho assim, eu vejo na minha agenda todo dia quem faltou. O agente comunitário vai atrás. Por que o senhor faltou? A doutora pediu para vir saber o que aconteceu. Então ele já começa a ficar envergonhado... (Equipe 4, médico)

> Existe muita falta de compromisso do usuário com o seu cartão de agendamento... olha que coisa simples: o compromisso de não faltar aos atendimentos. Eu acho que ainda existe muita falta de compromisso com a sua saúde. Isso é uma construção que a gente está investindo. (Equipe 1, gerente)

Identifica-se um empenho especial da equipe de resgatar o usuário, com especial participação do agente, de colocá-lo na linha estabelecida pela equipe. Não há reflexão sobre os motivos da não-aderência, de como desenvolver outras estratégias ou dialogar com o usuário que tenha suas necessidades e concepções de saúde e de tratamento diferentes das da equipe:

> As agentes conhecem bem que é fulano que você precisa ir lá porque ele não vem mais no posto. A gente conseguiu resgatar uma gestante no início do ano: fui na casa dela, expliquei todo o problema que houve com ela... isso é um ganho! (Equipe 1, gerente)

> Tem alguns que não seguem a nossa orientação, mas eu insisto, porque é para o bem deles, com certeza a gente vai estar sempre insistindo de uma forma ou de outra.. a gente muda a tática... às vezes tem que sentar, bater um papo... aí o paciente se entrega... (Equipe 2, auxiliar de enfermagem)

> Para mudar os costumes lá daquelas pessoas é muito difícil. Porque é um ser humano. Eu mesma, eu tenho as orientações todas e quem diz que eu faço o que o médico me ensinou, o que é bom? Não pode, isso é aos poucos. (Equipe 1, auxiliar de enfermagem)

As reuniões de trabalho de cada equipe são freqüentes, variando entre diárias e duas vezes por semana, tendo como objetivo destacado a resolubilidade – não deixar acumular informação e problemas, garantindo uma intervenção eficaz:

> Pela manhã temos uma reunião diária e obrigatória, para falar sobre o que aconteceu ontem, para atualizar o dia-a-dia, para não acumular informações. (Equipe 1, médico)

O foco da discussão na reunião de equipe é a vigilância à saúde, trabalho especialmente do agente; nas reuniões com o gerente da unidade, aspectos mais relacionados com o modelo de atenção do PSF e com as atividades comunitárias:

> As equipes se reúnem periodicamente, e fazem estudos sobre as coisas que são trazidas pelos agentes que vão para as visitas (...), situações ocorridas dentro do trabalho deles... Toda semana faço reunião com os agentes, reunião de uma hora. Reuniões curtas, discutimos coisas do andamento do trabalho deles, do Conselho de Saúde que eles participam. (Equipe 2, gerente)

As reuniões são espaços de troca de experiências, opiniões e visões sobre os problemas enfrentados pela equipe, envolvendo também as funções dos profissionais, as formas de integração do trabalho, o desenvolvimento de ações que transcendem o âmbito restrito da vigilância à saúde e assistência à doença. Portanto, são um espaço de reconstrução da prática. Os encontros permitem, algumas vezes a elaboração de um projeto comum de trabalho da equipe:

> Em uma unidade comum, o médico tem que ter razão; a enfermeira sempre tem razão. Aqui a gente tem oportunidade de optar. A gente tem uma reunião geral uma vez por mês e a gente tem oportunidade de falar. A gente tem a nossa reunião de enfermagem, e os agentes têm a reunião dos agentes. A gente entra em consenso e consegue ver onde está o nó da coisa. Às vezes tem uma coisa importante que tem um nó, e você não consegue saber onde está. Aí, na reunião, você consegue tirar esses nós que atrapalham o andamento do trabalho. (Equipe 1, auxiliar de enfermagem)

4

O Agente Comunitário de Saúde em Área Metropolitana: identidade, especificidades, analogias

Pretende-se, neste capítulo, proceder a uma síntese, destacando os pontos considerados mais relevantes para a caracterização do perfil ocupacional-social desse agente de realização de determinadas propostas de assistência à saúde – o agente comunitário de saúde, nas suas variadas denominações e funções, como uma expressão de realização das principais justificativas dessas propostas e de políticas específicas.

Como se pôde constatar na observação do trabalho dos agentes de saúde, a sua atuação está conformada por uma série de elementos. Optou-se aqui por destacar os seguintes: a relação das suas funções com as dos demais integrantes da equipe, os saberes que orientam o seu desempenho, as formas de supervisão do seu trabalho e a regulação do seu exercício. Esses elementos são de grande importância na definição do seu perfil ocupacional-social e da sua identidade.

Segundo a opinião dos profissionais entrevistados, entre as funções do agente de saúde destacam-se: a de conhecedor da população, a de organizador do acesso a serviço de saúde, a de vigilante de riscos e a de controlador da aderência aos cuidados de saúde propostos pelo médico e pelo enfermeiro. O agente faz também o contato da equipe de saúde com a população, o agente-'elo', tanto nas visitas, como nos espaços previstos de participação, como o Conselho de Saúde, e, ainda, na mobilização por direitos sociais, como na questão do saneamento e lixo e no acesso a equipamentos sociais, como creche e áreas de lazer. As ações de educação em saúde foram, relativamente, menos lembradas, pelos entrevistados, como área de atuação do agente.

No entanto, como pôde ser observado, o conteúdo principal das visitas realizadas durante a observação girou em torno da situação de controle de saúde (vacinação, prevenção de câncer ginecológico) e de cuidado médico (consultas, exames, medicação, hábitos como dieta e atividade física); o tempo maior de trabalho dentro da unidade foi ocupado em atividade de acolhimento, de registro de dados, em participação em reuniões.

Às atividades assistenciais, somam-se relatos de ações articuladas a outros serviços públicos e ações comunitárias de solidariedade e de mobilização/ transformação social.

Portanto, o Programa de Saúde da Família, que representa uma nova forma de organizar a atenção básica encontra-se, ainda, cativo tanto do predomínio da assistência individual baseada no saber clínico (Mendes-Gonçalves, 1986), como da expectativa do atendimento à demanda espontânea de forma imediata e por profissional universitário, médico ou enfermeiro (Dalmaso, 1991). A oferta organizada de ações de saúde (Paim, 1995), instrumentalizada no PSF pela priorização de grupos de risco e pela visita mensal do agente às famílias, é o outro pólo da prestação de assistência em tensão com o modelo hegemônico.

Para o seu desempenho, o agente lança mão tanto do saber emprestado dos demais membros da equipe, médico e enfermeiro, como do senso comum. Os agentes são capacitados para o levantamento de informações, as orientações para a prevenção de doença e a conferência dos cuidados e tratamentos, a partir dos conhecimentos da área da saúde. Quando o saber emprestado é insuficiente, levam os próprios profissionais à casa ou o 'caso' à unidade.

No entanto, o saber científico que orienta a medicina e as áreas correlatas, ao ser aplicado a situações concretas, desdobra-se em saber operante, uma vez que deve dar conta de outras necessidades não recobertas pela ciência, como os valores, as condições de vida, as relações afetivas (Mendes-Gonçalves, 1994).

No trabalho do agente, está incluída uma série de situações para a qual a área da saúde ainda não desenvolveu um saber sistematizado e instrumentos adequados de trabalho e gerência, desde a abordagem da família, o contato com situações de vida precária que determinam as condições de saúde, até o posicionamento frente à desigualdade social e a busca da cidadania. Para lidar com essas condições, se as regras não estão definidas, o agente lança mão do senso comum, valendo-se de suas experiências e crenças (Wilson, 1989). No entanto, o agente não é o parente, mas alguém imbuído de funções e autoridade.

Para dar conta da elaboração do saber a partir do trabalho (Abbott, 1990), os espaços de supervisão e a gerência são fundamentais. No entanto, a supervisão individual tende a priorizar a resolutividade, como mencionou um enfermeiro, "não deixar o problema aumentar"; a reunião da equipe privilegia o caso individual e a doença; a gerência da unidade tem uma atuação muito pequena na conformação do trabalho da equipe e do agente.

Na conformação do trabalho do agente, além das atividades de extensão do trabalho do médico e do enfermeiro na direção da casa e da família, ampliando-se o controle e o cuidado, faz-se a institucionalização de ações comunitárias, como a participação e o controle social. Neste último aspecto, evidencia-se o primeiro passo identificado por Wilensky (apud Machado,1970)

para a profissionalização de uma ocupação. Conforme identificado no depoimento de alguns agentes, o trabalho antes voluntário torna-se remunerado e em tempo integral, respondendo a uma necessidade socialmente colocada.

Identifica-se, ainda, tanto um investimento na capacitação dos agentes, com ampla produção de material educativo pelo Ministério da Saúde, como uma relativa similaridade nas respostas dos agentes quanto a motivações, expectativas, relações com os demais componentes da equipe de saúde e com a população. Portanto, nesse estudo pôde-se acompanhar a construção de uma coesão de grupo, bem como identificar passos de profissionalização.

Além desse aspecto, tanto as corporações como os integrantes da equipe diferenciam o que o agente faz e o que não faz. Ele faz levantamento de informações, comunicação e orientação; ele não faz procedimentos reservados ao trabalho do auxiliar de enfermagem ou ao enfermeiro e ao médico. Do ponto de vista da valorização das suas atividades em comparação com a dos outros, como se identificou, apesar do destaque dado aos agentes (como o diferencial do PSF), dá-se ênfase aos aspectos negativos, ou seja, o que ele não faz. Esse aspecto é reforçado nas falas e nas queixas dos agentes.

Nas entrevistas com os agentes, puderam-se levantar, como principais motivações para o trabalho, a possibilidade de um trabalho remunerado, bem como o contato com a população concebida como carente, traduzido principalmente pela "ajuda"; e ainda o aprendizado e, para alguns, a perspectiva de profissionalização no campo de trabalho da enfermagem. A profissionalização não só representa maior salário, mas também o apoio em um saber legitimado e o reconhecimento social.

Quanto ao significado do seu trabalho, destaca-se a solidariedade, traduzida pelo "sentir-se prestativo", com ênfase à faceta humanística (um dos destaques da estratégia PSF) que, às vezes, tende para o messianismo. As facetas de controle e de transformação social não se destacam no trabalho dos agentes e equipes observados, embora estejam contempladas no discurso de alguns dirigentes mais distantes da prática concreta dos agentes.

No plano objetivo do programa, o agente se vê como organizador de acesso (cadastrador e orientador do uso de serviços) e 'olheiro' da equipe na captação de necessidade, identificação de prioridades e detecção de casos de risco para intervenção da equipe.

Como as ações previstas não se desdobram em formas mais definidas de atuação, o agente tem a impressão de relativa autonomia, não técnica porque não detém o saber da sua atividade, como o médico (Schraiber, 1993), mas relativamente livre nas conversas com as pessoas e famílias visitadas e, especialmente, nas ações comunitárias, onde se destacam as iniciativas individuais

(como no cuidado com o lixo) ou coletivas (como na organização de eventos e, por exemplo, na produção da multimistura, na organização do time de futebol).

Entre os agrupamentos – população, agentes e equipe de saúde –, os agentes tendem a se diferenciar da população, apesar de moradores na mesma área e cadastrados pelo PSF, sentindo-se, em algumas situações, mais próximos da equipe de saúde. Mas se eles estão apartados relativamente da população, ainda não estão inseridos na equipe. Ao estarem entre a equipe e a população, conformam um grupo próprio, com motivações, desempenhos e opiniões acerca do trabalho comuns. Portanto, seu vínculo é móvel e a identidade, ambivalente.

Conforme a análise de Elias & Scotson (2000), do ponto de vista do pólo técnico do trabalho dos agentes, a equipe e os gerentes aparecem como os *estabelecidos*, aqueles que ocupam posições de prestígio e de poder. Os *outsiders* seriam a população, um conjunto heterogêneo de pessoas unidas por laços sociais relativamente mais frouxos. Quando os agentes se referem a 'nós', identificando-se com a equipe, e à população como 'eles', estamos diante dessa cisão dos grupos. No entanto, o PSF traz no seu interior o pólo político, o qual tensiona o poder em direção à comunidade e desloca a relação para um nós-população e eles-instituição.

Se a sua função e vinculação são múltiplas e, necessariamente, articuladas, pode-se pensar, atualmente, os agentes comunitários de saúde como uma ocupação síntese, o trabalhador genérico identificado por Nogueira (2000).

O estudo aqui apresentado do padrão de desempenho do agente comunitário de saúde do PSF associado às opiniões sobre o seu trabalho emitidas tanto por eles, como pelos demais sujeitos possibilitou ampliar a abrangência da compreensão do seu perfil ocupacional-social, a partir das categorias de análise definidas: agente institucional e agente da comunidade.

A categoria agente institucional pode ser entendida como aquele perfil que, na prática cotidiana, expressasse um predomínio de preocupações com as exigências advindas de sua dimensão de agente inserido em um sistema de saúde. Já a categoria agente de comunidade manifestaria, como padrão dominante, a solidariedade com o seu grupo de origem e as demandas do bem-estar da população. A identificação, por sua vez, expressaria um movimento de adesão ao correspondente pólo de intervenção da proposta: o primeiro mais ao técnico, o segundo, mais ao político.

Como resultado da análise e das discussões, até o momento, com base no material disponível, não se observou no perfil do agente comunitário de saúde uma regularidade ou identificação contínua com qualquer das duas categorias de análise propostas. O que se identificou é que essas categorias aparecem nas dimensões do seu perfil incorporadas em determinados momentos do seu trabalho, na dependência das condições objetivas em que se realiza,

associadas a suas concepções sobre o seu trabalho, sobre a sua identidade e sobre as organizações envolvidas: a instituição e a comunidade.

Em outros termos, a análise orientada para os dois pólos, o agente institucional e o agente de comunidade revelou a convivência de dois pólos de movimentação que, na realidade, são pólos de tensão, dos quais não se evidenciam tipos 'puros', porquanto entre os quais desenvolve-se um gradiente de possibilidades. Em determinada situação concreta, ele se encaminha mais para o pólo institucional, ao passo que, em outras, se encaminha mais para o pólo comunitário. Essa dubiedade é também evidenciada nos seus depoimentos, bem como nas falas dos demais sujeitos envolvidos com o PSF, dos formuladores, coordenadores e integrantes da equipe, aos moradores da comunidade.

Como a maior parte das atividades realizadas pelo agente é de caráter técnico, afirma-se que sua identidade é mais influenciada por este setor. A equipe, na sua função de gerência da proposta, envolvendo a supervisão do médico e do enfermeiro, e mesmo o trabalho formal do gerente da unidade, parece pouco discernir as atribuições desses dois pólos e contribuir para orientar a sua execução.

Essa constatação coincide com os achados na literatura, em que o agente aparece, nas diferentes propostas, como um personagem fruto de uma tentativa de juntar as perspectivas da atenção primária e da saúde comunitária, buscando resolver dimensões como a do acesso aos serviços do ponto de vista a sua racionalidade técnica, mas também integrando as dimensões de exclusão e cidadania, ou seja, articulando o pólo técnico e o pólo político das propostas.

Ao incorporar essas duas dimensões em suas formulações, o conflito torna-se inevitável, principalmente na dinâmica da prática cotidiana. Determinados programas acabam dando mais espaço para um ou para o outro pólo. Nenhum dos programas de saúde da família elimina esses dois pólos, dimensões de tensão explícita. Essa característica os faz diferentes de um pronto-socorro, de um pronto atendimento, por exemplo, pois, embora havendo, também nesse último, a dimensão de conhecer as pessoas, da humanização, que isso seja importante para a efetividade e o encaminhamento da conduta, o que se espera, nuclearmente, são atos médicos corretos, que os profissionais médicos tenham CRM, ou seja, o compromisso profissional está muito claro para os clientes e também para os próprios profissionais.

Por outro lado, no tipo de programa em análise, a identidade dos sujeitos do trabalho não se evidencia como muito clara. Na prática do dia-a-dia, eles têm que dar conta das contradições sociais, o que é "muito pesado" e, por isso, eles fazem determinadas opções, segundo as exigências e as recompensas e suas referências.

Os dados indicam que o agente comunitário, seja mais próximo do pólo institucional ou do comunitário, não dispõe de instrumentos, de tecnologia, aqui

incluídos os saberes para o seu trabalho. Essa insuficiência faz com que ele acabe trabalhando com o senso comum, com Deus e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

Nesse sentido, e retomando o referencial utilizado para análise dos dados, esse agente não teria elementos de identidade bem claros, dificultando quer o sentimento de pertencer a um grupo, quer as regulações profissionais, entre pares. Há saberes de empréstimo no pólo técnico, mas não há propostas ou trabalho consistente do "agir comunicativo", embora as ações de conversa sejam usadas.

Para exemplificar especificidades e analogias entre o Agente Comunitário de Saúde do PSF e os agentes de propostas anteriores, optou-se por comparar duas situações de trabalho. Como arguiu Foucault (1981), o que mudou no olhar, na forma de apreensão e perspectiva de atuação entre uma e outra situação apresentadas a seguir?

Situação 1 – 1983 – Atendimento em um posto de saúde rural do Piass no Vale do Ribeira, SP. (menino, 9 anos – 7h)

Mãe: Trouxe o menino, que esta noite começou a gritar de dor de estômago. E os irmãos também estão doentes.

Agente: Mas é fome! Não é doença! O Gestal que eu dei já acabou?

Mãe: Já. Os meninos tomaram. Eles só se alimentaram disso. Eu saio cedo e esse menino fica cuidando da casa e dos irmãos. Ele lava, puxa água do poço, cuida deste pequeno (nove meses), cozinha alguma coisa...

Agente: Esses meninos estão fraquinhos demais! O maior precisa ficar mais forte para eu poder dar lombrigueiro, que vai deixá-lo com mais disposição. A senhora vai levar esses dois comprimidos de remédio (Buscopan, drágeas) e dar pra ele hoje e amanhã à noite. Vai levar Gestal (cinco pacotes) e dar três copos por dia. Prepara bem forte, pra todas as crianças. Toma bem hoje e amanhã, e na sexta-feira dá o lombrigueiro pro J., que essa dor no estômago devem ser vermes. Agora, o lombrigueiro (Thiaben), não dá o vidro de uma vez: vai dando aos poucos durante o dia. Tenho certeza que vai servir pro tipo de verme que o J. tem. Depois vem aqui buscar mais vitaminas desta (Polivitamínico, líquido), que o J. vai tomar até acabar o vidro. Agora, precisa arranjar um jeito de alimentar melhor essas crianças!

Mãe: Eu já disse pro meu marido que a gente precisa sair daqui, senão a gente vai perder todos eles.

Agente: Quanto dá pra tirar com o chá?

Mãe: 7.000 por quinze dias.

Agente: Mas só isso? Pra alimentar cinco crianças e cinco adultos?

Mãe: Que se vai fazer?

(A agente vai até a própria casa e volta com um saco de pão, dando-o para a mãe).

Agente: Toma. Leva esses pães pras suas crianças. Por que você não levas essas crianças pra creche? Lá elas comem sopa o dia todo.

Mãe: Mas eu tenho tempo? E a colheita do chá? Esse desgramado chá mata a gente o dia todo no calorão.

Agente: Ai, mulher... dá um jeito na vida!

(A mãe sai com os filhos, levando gestal, Buscopan, Thiaben e um saco de pão)

Situação 2 – 1999 – Visita domiciliar – PSF município de São Paulo

Agente: Oi, tudo bem? E os bebês [gêmeos]?

Mulher: Tudo bem. Eu estou levando eles lá no Patriarca e eles estão sempre estressados, a médica... Ah, eu desisti (do Posto do Qualis). Outro dia eu passei lá com a (...) [enfermeira] (...). Outro dia que eu marquei, telefonaram desmarcando... outro dia precisei de remédio e também não tinha.

Agente: E o que o Patriarca te oferece que aqui não tem ?

Mulher: Não precisa marcar: eu vou lá e eles me atendem. Aí eu achei útil.

Agente: Olha, dia 4 nós faremos um atendimento especial para crianças.

Mulher: Ah! Sabe aquela enfermeira (...) [descrição física], ela é estúpida. Eu falei que precisava falar com ela e, naquele momento, chegou uma funcionária com a filha. Aí ela foi logo atendida... achei sacanagem. Aí eu precisei outro dia. (...) Ele estava com febre, (...) a moça mandou ir para o Inhocunhé. Puxa vida, olha, só você [nome da agente] que resolve, sabe?

Agente: Me dá outra chance, vamos marcar agenda para a ... [criança] e vamos tentar, está certo? Você está vacinando ela direitinho?

Mulher: Estou. Olha, eu mesma que faço o controle dela em casa porque a enfermagem lá não deu certo. Só com você que deu certo. Outro dia o (...) [criança] ficou com febre e eu fiquei arrasada: a gente mora perto do posto e não pode atender, sabe? Aí eu fui para o Patriarca.

Agente: Olha, eu quero o melhor para vocês. Toma sua consulta. Não fica triste, não desanima. Eu volto para saber o que deu, está bem?

Mulher: Ah! A enfermeira falou que quando eu precisasse de lá eles não iriam ajudar... Que se eu quisesse, procurasse o Patriarca. Olha, fiquei triste! [agente entrega um pape]) É o Programa do Leite?

Agente: É lá na Igreja.

Mulher: Ah! É muito cheio, o negócio é muito complicado...

Agente: Tá vendo! Você tirou o peito da... [criança].

Mulher: Não, eu não tirei não: as crianças estavam chorando de fome e o peito já não está suficiente. Vê o... [remédio] para mim?

Agente: Vou ver se tem. Eu providencio para você, viu?

Mulher: Tá bom, [nome da agente]. Desculpe aí.

Agente: Tchau.

Essas duas situações de trabalho são bastante representativas de momentos e dimensões diversas e, ao mesmo tempo, análogas, de realização de pólos diferenciados de dois programas – do Piass do Vale do Ribeira e do PSF – e da participação do agente, em contextos também diversos. A simples leitura possibilita a apreensão de como acontece o trabalho dos agentes, sua complexidade, seus receios, suas incertezas, seus limites, a expectativa de uma identidade, sua solidariedade.

Trata-se, nesta parte do texto, de confrontar as características predominantes identificadas no perfil ocupacional-social do agente comunitário de saúde do PSF, com informações análogas sobre os agentes de outros programas implantados no país.

Cabe ressaltar os limites a que está sujeito esse procedimento, na medida em que as diferentes fontes utilizadas para a coleta de dados, que permitiram a apreensão de características dos programas e agentes – matéria-prima para a comparação – não guardam entre si uma identidade em termos de abordagem do tema ou de objetivos para os quais foram editados. Assim, à riqueza do material utilizado, contrapuseram-se, em termos de limites para uma abordagem mais analítica na direção requerida por este trabalho, as diferentes ênfases atribuídas aos diversos aspectos do objeto em estudo. Por esse motivo, serão alguns os aspectos analisados; pela mesma razão, a comparação, em determinados momentos, será feita, principalmente, entre os agentes do PSF em área metropolitana e os do Vale do Ribeira, até pela similaridade da metodologia utilizada para a coleta e a análise dos dados.

Conforme detalhado no capítulo 1, foram os seguintes os programas considerados para a referida comparação: o Piass Nordeste; o Piass do Vale do Rio Ribeira, em São Paulo; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde do estado do Ceará; o Programa de Agentes Comunitários de Saúde, do Ministério da Saúde e o Programa de Saúde da Família do Ministério da Saúde. Destas

propostas, resgataram-se aspectos considerados centrais para os objetivos deste estudo, em especial referentes à população a que se destinava, inserção do agente na proposta e expectativa de impacto de suas ações, ações propostas para desenvolver, interação e relacionamento com a estrutura profissional, espaço de atuação, autonomia de decisão, interação com outros profissionais, interação com a estrutura organizacional, concepção sobre sua identidade como agente, interação com a comunidade e concepção sobre a importância do seu trabalho para a população.

Esses aspectos foram analisados à luz dos conceitos e teorias, o que possibilitou a apreensão e a compreensão de características, em diferentes contextos. Face à articulação e à complementaridade entre os diferentes aspectos na conformação de um perfil ocupacional-social, a discussão, para algumas características, será desenvolvida em conjunto.

O pressuposto central que embasou essa comparação foi o da determinação histórica e social dos conceitos e das práticas em saúde e, por conseqüência, a conformação e designação dos seus sujeitos. Assim, a idéia essencial é que aquele elemento que promove uma ligação entre a comunidade e algum sistema de saúde, que viabiliza uma política, não é e nem será o mesmo, nos diferentes momentos históricos e regiões para as quais foi proposta a sua participação. Assim como houve variações em relação à concepção, à expectativa de impacto de suas ações, verificaram-se mudanças no seu perfil, tanto nos aspectos das ações, como no que existe de interação e, por conseqüência, na identidade.

A referência a populações carentes e marginais ao processo produtivo é, praticamente, unânime e, quando não está explícita, é facilmente inferida dos textos que justificam os programas. No começo, apenas para habitantes de áreas rurais, até para mantê-las no campo e ultimamente para as periferias de centros urbanos. Não há indicações de que esses programas tenham sido diretamente dirigidos para a população economicamente ativa, até pela organização da oferta de serviços, mas talvez funcionem como suporte social aos membros da família. Embora, por exemplo, no caso do PSF, não se consiga encontrar uma justificativa explícita de interiorização das ações de saúde, de extensão de cobertura, a proposta é, evidentemente, de ampliação do acesso.

Cabe referir que não se encontraram evidências, nem nos depoimentos, nem nos documentos consultados, de justificativa ou fundamentação das propostas pelo lado de contribuição para a reprodução da força de trabalho. A sua validação aparece sempre como garantia de acesso, tanto nas dimensões racionalizadoras como nas de inclusão, de cidadania.

A partir de 1988, a identificação desses programas como estratégia de alcançar os princípios do SUS – a integralidade, a universalidade, a eqüidade, tendo como eixo de sustentação o acesso – parece hegemônica. Uma explicação

inicial pode residir no fato de que, no início de sua proposição, o agente, nas propostas de medicina comunitária e dos programas de extensão de cobertura, tinha por função muito mais o alívio de tensões sociais em relação a populações marginais ao processo de produção (II PND, 1975; Donnangelo, 1979).

Mesmo quando se indicam zonas urbanas, em regiões metropolitanas, são lembradas as características de heterogeneidade; não é o fato de se implantar em áreas metropolitanas que a população-alvo seria diferenciada. Exemplo disso são as características das áreas atendidas pelo PSF em São Paulo, identificadas pelos indicadores de inclusão/exclusão indicados anteriormente, no detalhamento do processo da pesquisa.

Os agentes identificam as populações com que trabalham como carentes. Aliás, nas entrevistas, tanto os agentes do Vale como os do PSF atribuem aos moradores das regiões onde vivem e trabalham, a condição de "carente" e necessitada dos serviços que o programa oferece. Em determinadas situações, alguns agentes já se expressam como se não estivessem mais incluídos naquele grupo social.

As ações desenvolvidas pelos agentes, e a expectativa dos outros membros da instituição em relação a elas, embora representem o grande diferencial entre os programas, colocam-se, em geral, como abrangendo quatro conteúdos: a atenção básica em saúde, aí incluídos o atendimento a problemas prevalentes, a educação para a saúde; a vigilância à saúde, o monitoramento de grupos de risco, o controle de doenças transmissíveis; a atuação intersetorial e a organização da comunidade.

Em algumas das propostas analisadas, ao lado da atenção básica, colocam-se atribuições de atendimento em casos de urgência e de primeiros socorros.

A ênfase dada a cada um desses conteúdos, ou à relação entre eles, é o que garante a especificidade, pois tem variado de acordo com a proposta, segundo as realidades das populações a que se destinavam e ao contexto. Em outras palavras, a definição das atribuições tem sido um dos resultados mais efetivos das negociações locais, segundo as suas realidades, aí consideradas as necessidades expressas pelos indicadores mais simples, a oferta de serviços e de recursos humanos.

Ainda abordando as ações do sujeito, sua abrangência e a expectativa de suas ações, em praticamente todas as propostas, com graus variados da ênfase colocada, conseguem-se identificar dois componentes principais. O primeiro se poderia considerar mais estritamente técnico, relacionado ao atendimento aos indivíduos e famílias, à intervenção para promoção da saúde ou para o monitoramento de grupos ou problemas específicos. Ao lado deste, existe um componente identificado como político, não apenas de solidariedade à população, de discutir saúde no contexto geral de vida, mas também, no sentido de organização da comunidade, de transformação dessas condições.

Esse componente político expressa, na dependência da proposta considerada, duas expectativas diversas, ou complementares: o agente como um elemento de reorientação da concepção e do modelo de atenção à saúde, de discussão com a comunidade sobre os problemas de saúde, de incentivo ao autocuidado – dimensão mais ético-comunitária – ou o agente como fomentando a organização da comunidade para a cidadania, a inclusão, a transformação social. Essa é uma dimensão importante e diferenciada que se identifica, como expectativa para os agentes, nas entrevistas com os responsáveis pelo Projeto Devale e também, em algumas situações, do PSF. Por outro lado, uma dimensão – bastante encontrada na prática, de maneira incipiente, mas que não está não relacionada nas atribuições dos agentes de nenhuma das propostas – é a dimensão de assistência social. Entre os 17 agentes para os quais se aprofundou o estudo da prática, 6 expressaram, por ocasião da entrevista, desejo de prosseguir estudos: 3 para auxiliar de enfermagem, 2 para psicologia e um deles, de formar-se em assistência social.

Uma outra consideração necessária sobre as ações dos agentes, das expectativas e possibilidades de realização refere-se à relativa dificuldade ou pequeno número de oportunidades em que se observou, quando da avaliação da prática desses sujeitos, tanto no Vale do Ribeira, como no PSF, a prática de medidas preventivas, de ações de natureza educativa para a prevenção de doenças. A relação dessas evidências com outros aspectos poderá ser identificada através de estudos posteriores.

Nogueira et al. (2000) identificam no trabalho do agente a dimensão tecnológica e a dimensão solidária, social, que, segundo afirmam, têm sempre potenciais de conflitos. Essas dimensões expressam, possivelmente, por sua vez, os pólos político e técnico do programa. A perspectiva individual de cada um nem sempre corresponde à perspectiva tecnológica, da racionalidade, ou seja, os pólos não convivem harmonicamente. Essa é a questão do médico no pronto atendimento, ao qual já se fez referência. O agente, entretanto, vive isto, de uma forma completa, durante todo o dia, todo o seu trabalho.

Então o trabalho do agente com essas duas dimensões é sempre de conflito. Essa é a discussão do acolhimento. Há milhares de pessoas com a mesma angústia. Como priorizar o que é mais importante? Com base na racionalidade, diz-se, deve ser atendido quem tem maior risco de morte, de complicação. Na dimensão da solidariedade, todos devem ser atendidos, todos têm direito. Se houvesse como medir o grau de desespero, entraria quem estivesse mais desesperado.

Esse é o dilema permanente do agente, essa dimensão social, solidária, convivendo com a tecnológica. Para essa função social, dado que nós somos uma sociedade que valoriza o conhecimento, a sua identidade profissional, essa dimensão do trabalho do agente – não estando construída –, em termos de mercado de trabalho, em termos de venda da força de trabalho, quase não se

coloca. Essa dimensão é muito importante em termos da realização de políticas, mas não tem valor de troca, no mercado de trabalho. A sociedade atual, tecnológica, com um alto grau de complexidade da divisão social do trabalho foi acumulando exigências e, até por isso, pressupõe a existência de uma identidade ocupacional ou profissional.

Quando o agente se refere ao seu trabalho, nas entrevistas, parece abordá-lo na perspectiva de uma atividade, não se identificando, em uma primeira análise, uma clareza de inserção desse trabalho no mercado formal. E tanto ele tem dificuldade em caracterizar isso como trabalho, que pensa em fazer o curso de auxiliar de enfermagem; manifesta, em várias ocasiões, que o profissional é o auxiliar.

A partir do estudo do conceito de profissão, a partir das teorias que enfatizam a dimensão técnica da formação, ou seja, do conhecimento esotérico como essencial para caracterizar um profissional, consegue-se discutir questões como: o profissional de uma determinada categoria é sempre igual, o médico é sempre igual, o enfermeiro é sempre enfermeiro; por conseqüência, o agente de saúde tenderá a ser sempre igual, qualquer que seja o contexto. Por outro lado, outras teorias, das quais, entende-se, Freidson mais se aproxima, consideram que a dimensão profissional do saber, do conhecimento, existe e é muito importante até na autonomia profissional, mas que ao saber deve ser acrescida a estrutura da produção, na determinação de uma prática profissional.

Em uma outra abordagem, a conceituação de profissão na saúde tem de incorporar a discussão do trabalho, da organização do trabalho sobre as relações sociais de produção, as necessidades de saúde e também a organização do sistema de saúde, de uma dada realidade, onde essas propostas devem realizar-se.

Considera-se que, na área da saúde, algumas profissões, no entanto, são mais estáveis: têm maior grau de autonomia profissional, considerada na dimensão técnico-científica, como é o caso do médico. O agente de saúde, em primeiro lugar, não é um profissional, ainda. Já se discutiu uma determinada "autonomia" do agente comunitário de saúde do PSF – o que pode parecer contraditório – relacionada, possivelmente, até com a ausência de um saber operativo específico. O agente aparece, na maioria das situações observadas, executando um conjunto de tarefas definidas segundo uma lógica não apoiada apenas na racionalidade técnica. Às vezes, uma tarefa se justifica por si; não se identifica com o alcance de uma finalidade previamente determinada. O trabalho dele é freqüentemente interrompido, como ele inclusive refere, por prioridades outras, como desmarcar e remarcar agendamento, ou fazer levantamento de novas informações.

As negociações para a regulamentação da profissão de agente comunitário de saúde, no país, no âmbito do Poder Legislativo, têm sido objeto de várias

pressões e, por conseqüência, de projetos de lei na Câmara dos Deputados. Apenas de 1993 a 1999, foram apresentados seis projetos de lei. Os projetos mais recentes que dispõem sobre o exercício da profissão (o PL 357, de 1999, apensado ao PL 86, de 1999) estabelecem exigências como a de que o agente só poderia exercer suas atividades em ambiente externo (nas comunidades), estando proibido o trabalho em instituições de saúde – serviços ambulatoriais, hospitalares, laboratórios ou em setores administrativos, mesmo de unidades de saúde. A exigência de escolaridade mínima correspondente à 4ª série do 1º grau; a obrigatoriedade de apresentação de certificado de conclusão de formação básica em saúde comunitária; a comprovação de ter residência fixa na localidade de trabalho.

Na justificação apresentada para a regulamentação profissional, destacam-se a idéia da igualdade de tratamento com outras ocupações, bem como as considerações relativas à ampliação do acesso aos serviços básicos de saúde. Argumenta-se que a regulamentação da profissão de agente comunitária ampliaria o acesso aos serviços de saúde especialmente para as comunidades mais carentes do país. A garantia de uma proteção social mínima a esses trabalhadores – uma questão de justiça, pode-se dizer – uma vez que, não obstante sua função estratégica na reversão do atual modelo assistencial, "eles permanecem como trabalhadores informais, sem as mínimas garantias trabalhistas [sendo], muitas vezes, tratados com trabalhadores temporários." (Câmara dos Deputados, PL 357 – 1999).

Anteriormente, o Projeto de Lei 3.994 de 1993, de autoria do deputado Paulo Portugal, estabelecia a denominação agente de saúde comunitária com as seguintes competências: atendimento às comunidades, particularmente as mais carentes, ministrando conhecimentos sobre prevenção de doenças e prestando atendimento em primeiros socorros, imunização, cuidados primários e vigilância epidemiológica. Como pré-requisito fixava o 1º grau completo e formação básica em curso de agente de saúde comunitária. Nada se falava sobre a proibição de sua atuação no âmbito dos serviços ambulatoriais, hospitalares ou nos serviços burocráticos, quer dizer, das instituições de saúde.

O Projeto de 1995, apresentado por Augusto Viveiros, tem a mesma denominação e a mesma redação. Nessa altura, o relator do Projeto, o deputado Sérgio Arouca, emite parecer favorável pela aprovação do projeto na forma de um substitutivo com as seguintes alterações. Em primeiro lugar, sugere a mudança de denominação de agente de saúde comunitária para agente comunitário de saúde que "representa melhor o tipo de atuação exercida pelos mesmos... [isto é] trabalhando em comunidade; em segundo lugar, a escolaridade mínima é reduzida para a 4ª série do primeiro grau, "pois a maior parte dos agentes já existentes são oriundos de estratos mais pobres (...) onde não tiveram, por razões diversas, possibilidade de conclusão do primeiro grau ..."; em terceiro lugar, a modificação mais substantiva que não aparece no texto do parecer, mas apenas

no substitutivo: determina-se que o exercício das atividades do agente comunitário de saúde "ocorrerá exclusivamente em ambiente externo, sendo vedada atuação nos serviços laboratoriais, ambulatoriais ou hospitalares". As versões posteriores do Projeto, sem exceção, incorporam as modificações sugeridas no substitutivo de Arouca (PL 4.868 de 1998; PL 86 de 1999 e PL 357 de 1999).

Uma característica que envolve todos esses projetos de lei é a preocupação com aspectos trabalhistas da inserção dos agentes de saúde: carga horária, remuneração. Um desses projetos chega a propor 30 horas semanais para o agente, com remuneração de horas extras, o que evidencia um trabalho importante nesse cenário, por parte de entidades de atuação correspondente. Ao mesmo tempo, nos mesmos projetos, identifica-se uma incapacidade de definir o que seja o saber próprio, particular a essa 'profissão'.

As idas e vindas em termos de exigências para a profissão, as restrições ao exercício institucional dos agentes de saúde estiveram provavelmente vinculadas a pressões das entidades da área de enfermagem, preocupadas com um possível retorno e acirramento da problemática dos atendentes de enfermagem, como também na tentativa de preservar um exercício sob a sua jurisdição. Cabe, inclusive, considerar o aspecto relacionado à referência e à supervisão para os agentes, em relação ao qual não havia consenso: se caberiam essas funções ao enfermeiro ou a outro profissional de nível superior.

Quanto à aproximação da prática do agente ao exercício de uma profissão já regulamentada, no caso, a enfermagem, nesse ponto, considera-se, reside uma das principais diferenças do PSF, em São Paulo, capital. Nas suas atribuições, ou menos ainda, na sua prática, não foram identificados aspectos que caracterizem ações de enfermagem. Essa informação confirma uma das premissas colocadas no começo deste trabalho: em sociedades mais estruturadas, caracterizadas por um sistema de saúde mais complexo, por uma organização profissional estruturada, por um mercado de trabalho já regulamentado, a presença/inserção de um trabalhador de saúde sem uma referendada qualificação profissional obedece a determinados limites em termos de perfil, competências e organização tecnológica do trabalho. No caso específico do agente de saúde, historicamente, como se viu, sempre ocorreu uma disputa em termos de jurisdição, de espaço de atuação com o pessoal de enfermagem, mesmo que o agente não atuasse sob essa jurisdição. No caso do PSF, freqüentes são as circunstâncias que suscitam a necessidade de discussão, tendo em vista a prática dos agentes.

Assim, em São Paulo, em poucos momentos, identifica-se, na dimensão da atenção básica, uma aproximação do agente de saúde do PSF dessa concepção e prática do cuidar na perspectiva assumida pelos profissionais da enfermagem. Nas entrevistas, entretanto, em relação a essa dimensão, poucos são os enfermeiros que a referem e os auxiliares de enfermagem, em sua maioria.

Já em outros programas, em outras regiões do país, essa dimensão é colocada como necessária para cumprimento dos objetivos da proposta.

Em síntese, ainda que se identifiquem aspectos comuns entre todos, cada contexto introduziu, certamente, diferenças importantes em cada um dos projetos. A negociação local, o contexto, os outros sujeitos e a sua relação consideram-se as condições mais importantes.

Há evidências de que, em praticamente todas as propostas, se atribui ao agente de saúde a função de viabilizar determinadas dimensões de uma política de Estado. Destas dimensões, destacam-se a proposta de ação intersetorial e o elo com a participação popular. Assim, o transitar entre os pólos político e técnico é uma fonte permanente de conflitos para o agente, em quaisquer dos programas considerados, embora com distintos matizes.

O dilema do agente no relacionamento com a população, e com a instituição, o agente de comunidade ou o agente institucional, parece ser um processo comum a todas as propostas que se propuseram a trabalhar com o agente como representante do seu grupo de origem, a comunidade.

Quanto aos fatores que condicionam essa situação, poderíamos aqui lembrar Nogueira et al. (2000), quando afirmam que: "o papel que o ACS exerce na relação com a comunidade tem que ser contemplado com prioridade na sua caracterização, que abrange dois aspectos fundamentais: a) identidade com a comunidade; e b) pendor para a ajuda solidária" e que, até por isso, "as alternativas de vinculação institucional têm que ser ajuizadas considerando igualmente o quanto elas podem facilitar ou dificultar o cumprimento pelo ACS do seu perfil social".

Silva et al. (1986) consideram a origem do agente, suas condições de acesso a serviços de assistência médica, a cultura hegemônica, o espaço para a crítica e o tempo necessário para emergir essa crítica.

Pode-se considerar um aspecto que representa, evidencia e promove uma semelhança entre todos os agentes, de quaisquer dos programas e ou contextos considerados: a satisfação por estarem desenvolvendo um trabalho que consideram útil e a sensação de orgulho quando constatam que o seu esforço é reconhecido pela comunidade e pela instituição, às quais, eles entendem, devem dar satisfações sobre o seu trabalho.

Para encerrar este capítulo, apresenta-se uma situação que reflete o relacionamento com população, as expectativas da população e do próprio agente sobre o trabalho e, quem sabe, e um caminho que, em outro contexto, talvez valha a pena ser tentado...

Uma senhora que me vê todo dia pegar o ônibus para vir para cá perguntou como é que ia o negócio do treinamento, o que a gente estava aprendendo, se estava mexendo com remédios, essas coisas. Eu disse a ela que a gente estava batendo um papo, cada um falando dos problemas de saúde do seu bairro (...). E a conversa estava entre eu e ela mas, de repente, outra que eu não conheço, que estava sentada, fala para mim: "escuta, se um dia eu tiver um filho meu ruim lá no postinho, você vai ficar me perguntando negócio da terra, se fulano tem terra, se tem esgoto na rua, ou vai procurar socorrer o meu filho?" Nisso, eu parei (...). Se ela tivesse vindo com jeitinho, sei lá (...), eu pensava no que responder, não é? Mas eu estava num meio onde não conhecia ninguém, nunca vi essa mulher pela frente (...). Eu não sabia o que responder, eu fiquei sem graça, eu baixei a cabeça e larguei a mulher falando sozinha. (aluno)

[O instrutor lançou o problema para o grupo] Como é que a gente vai enfrentar numa situação dessas? A gente vai decidir só aprender a aplicar injeção, dar remédio, e assim contentar as pessoas que pensam assim, e tudo bem? Como é que vamos resolver esse problema? (informações a partir da análise das transcrições das fitas em que foram gravadas as sessões de treinamento dos agentes, Vale do Ribeira, 1983).

Muitos alunos, naquela oportunidade, opinaram sobre como encaminhar e resolver a questão. Contaram situações semelhantes com que se tinham defrontado em seus bairros. Em alguns, ao contrário do episódio com o aluno, o pessoal estava achando muito útil o conteúdo do curso. Já outros relataram casos de moradores que achavam que em dois meses os agentes não iriam aprender nada. Após muita discussão, um agente sintetizou o que o grupo havia concluído: o futuro agente teria que resolver o(s) problema(s) respondendo às pessoas com o seu trabalho na comunidade. Além disto, no seu dia-a-dia, teria como tarefa individual conversar com o povo para esclarecê-lo sobre a relação dos vários fatores com a saúde (Silva, 1984).

Considerações Finais

A partir da apresentação do conjunto do trabalho, da identificação e síntese dos principais resultados, considerou-se a necessidade de que este capítulo tivesse o caráter predominante de considerações finais, as quais incluíssem os principais desafios que, durante o desenvolvimento do estudo, emergiram como importantes, no sentido de garantir o acesso e a cidadania tanto à população das regiões cobertas pelo PSF, quanto ao principal sujeito referido para a sua realização, o agente comunitário de saúde.

No Brasil, o Programa de Saúde da Família pode ser visto como uma retomada de proposições contidas nas políticas públicas federais que estiveram em evidência, desde meados dos anos 70 até início dos anos 80, como o modelo Piass e o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (7ª Conferência Nacional de Saúde, 1982). Estas propostas tinham como objetivo ampliar a extensão da cobertura, bem como garantir, a grupos sociais ainda marginalizados, a ampliação do acesso a serviços de saúde. Estes indivíduos viviam em regiões de baixa densidade populacional ou em pequenos centros urbanos do Nordeste, com condições de saúde muito precárias.

Apesar do restrito impacto efetivo dessas políticas, de certa forma, pode-se considerar que elas tiveram alguma continuidade em iniciativas de âmbito regional ou local, e que se traduziram em programas de tipo agentes comunitários de saúde, proposta essa encampada pelo Ministério da Saúde como programa nacional, o Pnacs, em 1991 (Jatene et al.,1999).

Atualmente, esse tipo de programa encontra-se em fase de expansão, tanto em áreas rurais como em áreas urbanas. Além disso, esses modelos vêm sendo, cada vez mais, implantados em grandes cidades e áreas metropolitanas, mantendo, entre seus pressupostos e estratégias de intervenção básicos, as perspectivas de ampliação do acesso, de racionalidade técnica e econômica, de participação popular em saúde e de extensão de cobertura por serviços de saúde

para parcelas específicas da população brasileira. Todas essas proposições básicas, entretanto, tornaram-se passíveis de graus variados de recomposição, em nível local, na dependência das características dos grupos envolvidos e dos processos ocorridos em nível central.

Ao longo deste estudo, procurou-se compreender o perfil do agente comunitário de saúde do Qualis, em São Paulo, bem como as mudanças por que passou esse sujeito central da realização de propostas de atendimento a necessidades sociais, em específicos momentos históricos, no processo de deslocamento de áreas periféricas e rurais para grandes cidades, tendo em vista a apreensão de suas demandas e necessidades em áreas metropolitanas.

O estudo do padrão de desempenho do agente comunitário de saúde, associado às opiniões sobre o seu trabalho emitidas tanto por eles, como pelos demais sujeitos do projeto possibilitou ampliar a abrangência da compreensão do seu perfil ocupacional-social – categoria-síntese entre a ação e a interação e entre o desempenho e a identidade – a partir das categorias polares de análise definidas: agente institucional ou agente de comunidade, correspondentes à sua possibilidade de realização das dimensões técnica e política das diferentes propostas.

Como resultado da análise do material disponível e das discussões desenvolvidas, não se observa, no perfil do agente comunitário de saúde, uma regularidade ou identificação contínua com qualquer das duas categorias de análise propostas. Em outros termos, não se evidencia, em momento algum, uma correspondência exclusiva de seu perfil a um agente de comunidade ou a um agente institucional. O que se identifica, nos diferentes momentos do trabalho, é um padrão dominante de adesão a um dos pólos, na dependência dos contextos e das condições objetivas em que se realiza, associados a suas concepções sobre o seu trabalho, sobre à sua identidade e sobre as organizações envolvidas: a instituição e a comunidade.

Uma evidência é indiscutível: nos programas de saúde da família, a identidade dos sujeitos envolvidos no trabalho fica menos clara do que nos serviços de saúde 'tradicionais', o que é uma fonte permanente de conflitos para os profissionais. Na prática do dia-a-dia, espera-se que os agentes saibam lidar com complexos problemas sociais – uma tarefa pesada demais, levando à necessidade de que sejam feitas opções orientadas segundo as demandas, as recompensas e as referências pessoais.

Os resultados da análise desenvolvida apontam para um permanente foco de tensão e de conflito entre as duas dimensões de sua prática, para as quais ele foi proposto: a dimensão mais técnica e aquela de realização mais política. As condições concretas de uma metrópole, como o município de São Paulo, com um sistema de saúde estruturado, com a organização profissional

definida, com necessidades e demandas sociais mais agudas na periferia, com exigências em termos de definição de identidade profissional, tendem a ampliar as dimensões desse conflito.

Conforme já se observou no capítulo 4, os dados indicam que o agente comunitário, esteja ele mais próximo do pólo institucional ou do comunitário, não dispõe de instrumentos, de tecnologia, de saberes para corresponder às expectativas das comunidades e dos governos. Se esta insuficiência aumenta o conflito, também faz com que o agente acabe trabalhando com o senso comum, com Deus e, mais raramente, com os saberes e os recursos das famílias e da comunidade.

O que pôde ser evidenciado no estudo – a identidade do agente, a partir de suas referências, se constrói em situações concretas e na relação com a população e com os demais integrantes da equipe de saúde – permite a identificação de diversas questões. Espera-se que algumas sejam objetos de novos estudos, como apoio a demandas e necessidades desse trabalhador na sua função de viabilizar políticas sociais.

A variedade de concepções e entendimentos sobre o agente comunitário de saúde e sobre a sua função, por parte dos demais sujeitos do programa, evidencia a dimensão das expectativas a que ele tem de atender no seu dia-a-dia e, por conseqüência, algumas condições concretas de conformação de uma identidade.

A tendência observada mais para o pólo institucional está, certamente, relacionada, entre outros aspectos, à organização do seu trabalho, à insuficiência do instrumental tecnológico e de saberes para operar as duas dimensões, à indefinição do seu perfil e de suas referências, às suas referências institucionais e aos insuficientes contatos com as organizações e necessidades da sociedade civil e comunitária, bem como às suas concepções do que é mais valorizado em determinada sociedade.

Assim, se ele tende mais para o pólo institucional, o faz por diferentes motivos, entre os quais a possibilidade de apoio, de reconhecimento social e de referência no que ele considera trabalho e identidade ocupacional.

O fortalecimento da referência à saúde como qualidade de vida e de sua vinculação comunitária coloca-se, em termos de conclusão deste trabalho, como muito importante. Também se considera a necessidade da definição do seu referencial no dia-a-dia do trabalho, para o planejamento e a reflexão sobre os resultados e para que o trabalho não dependa do bom-senso de cada um. Não se podem atribuir ao agente comunitário de saúde, individualmente, a responsabilidade e a competência, nos moldes atuais, de concretização da proposta.

Coloca-se a importância de garantir condições para que se construa um saber operante para as duas dimensões de realização do seu perfil ocupacional-social. Esta construção deverá incluir, assim, uma vertente individual e biológica e, principalmente, integrar e articular as vertentes social e comunitária.

O padrão de trabalho observado é, em geral, conseguido graças ao empenho, à dedicação e ao compromisso da maioria dos agentes. As iniciativas que desenvolvem em relação aos indivíduos, como por exemplo, o clube de futebol, a capoeira; em relação às famílias e à comunidade – o galpão comunitário, a rádio comunitária – são, muitas vezes, expressão de um compromisso fora do comum, de uma solidariedade que necessita de um apoio institucional.

Quando se escutam os depoimentos – como o do agente que afirma sentir-se, às vezes, como uma salsicha, "apanhando dos dois lados" (da comunidade e da equipe) ou que "cão que tem muito dono morre de fome" –, tem-se a dimensão do risco de um processo solidário e solitário, guiado pelo bom-senso e pelos valores conformados por uma vida de igual.

Para poder realizar a sua tarefa com maior probabilidade de sucesso e menor sofrimento individual, pela concepção cotidiana das limitações dadas para uma ação isolada, considera-se que seria importante uma maior inserção do agente comunitário em projetos intersetoriais, expressão de política pública global que, assumida pelos diferentes setores de governo e da sociedade, poderia contribuir para o lidar com as questões relativas à saúde, à qualidade de vida e à cidadania da população e do próprio agente comunitário de saúde.

Assim, há necessidade de que o agente esteja e se sinta integrando uma equipe de sujeitos da operacionalização de uma política de Estado que privilegia a solidariedade, a intersetorialidade, o apoio social, a promoção da saúde, enfim. A não identificação desse esforço como política pública corre o risco de descaracterizar como trabalho justamente as ações e interações que dão suporte àqueles instrumentos de transformação social.

Esse trabalho exige que o esforço para a construção de uma identidade e de caracterização de um trabalho não passe apenas pelo agente comunitário de saúde. Os demais sujeitos que viabilizam essa política e que contribuem para a identidade do agente devem também ser considerados, na medida em que, conforme se viu, a expressão de suas concepções sobre o agente comunitário de saúde, em significativa proporção, não ultrapassa o contexto da idealização. Assim, torna-se imperiosa a existência de espaços para que os agentes possam debater essas questões. E mais: as discussões devem desdobrar-se em oportunidades de treinamentos, em formas de monitoração e supervisão do trabalho.

Ao se falar em treinamento dos agentes, em fortalecer a sua referência com a comunidade, cabe lembrar e ressaltar a propriedade do modelo sugerido para o treinamento dos agentes de saúde do Projeto do Vale do Ribeira, em São Paulo. O processo de capacitação, discutido no capítulo 1, visava a atingir duas preocupações centrais: fortalecer o compromisso e a solidariedade do agente de saúde com a comunidade e prover condições para a apropriação, pelo agente de saúde, do instrumental adequado e necessário para lidar com os problemas de saúde desse grupo.

Conforme se identificou, a metodologia proposta, na tentativa de privilegiar o como manter ou aumentar o compromisso do agente de saúde com a população, durante a capacitação, visava a proporcionar o desenvolvimento de competências para conhecer criticamente as situações de saúde no contexto da realidade em que elas apareciam e buscar um saber que correspondesse à necessidade de mudar tais situações.

Conforme se colocou no segundo capítulo, ao se discutir a conformação de identidades profissionais, necessariamente, essa abordagem remete à consideração da constituição e regulamentação das profissões na sociedade.

Também se colocaram considerações sobre o sistema de reconhecimento profissional – que seria, geralmente, ativado por necessidades e questões tecnológicas, organizacionais, culturais e 'naturais'. O aparecimento de novas tecnologias, o crescimento das organizações, novos fenômenos culturais e naturais, demandas sociais, enfim, a complexificação da sociedade, estariam, de maneira geral, associados à busca pela profissionalização, principalmente através da regulamentação dos campos de atuação dos profissionais.

No âmbito do Poder Legislativo, desde 1993, tramitam projetos de lei na Câmara dos Deputados, com o objetivo de regulamentar a profissão de agente comunitário de saúde. Nos últimos anos, as pressões com esse objetivo se acentuaram e com elas novos projetos. Hoje, este é um tema que está na agenda da sociedade brasileira, com adesões e rejeições.

Finalmente, considera-se que a polêmica colocada no cenário atual – agente institucional ou agente de comunidade – não expressa uma questão consistente. Não existe o agente institucional ou o agente de comunidade como o bom e o mau, o certo e o errado. Na realidade, conforme se discutiu, essas categorias não são antagônicas ou excludentes, mas, sobretudo, elas aparecem como duas expressões indissociáveis e complementares de um mesmo sujeito, expressões, ao mesmo tempo, da sua prática e de suas dimensões de transformação social, de compromisso, de ética e de solidariedade.

> Minha família tem ciúmes... eles falam assim para mim: "Ah, mãe, você pensa mais na comunidade do que em nós mesmos... Você não faz mais bolo, não faz mais nada pra nós... Você só pensa neles! Dá a impressão que a sua família são eles". (Agente comunitário de saúde, região Sudeste do município de São Paulo)

Referências Bibliográficas

ABBOTT, P. & WALLACE, C. *The Sociology of the Caring Professions*. London: The Falmer Press; 1990.

AYRES, J. R. *Epidemiologia e Emancipação*. São Paulo: Hucitec, 1995.

AYRES, J. R. Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática. Comentários sobre o artigo "Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas", de Merhy. *Interface - comunicação, saúde, educação*, 4(6):117-202, 2000.

BASTOS, N. C. B. *SESP/F.SESP 1942 – Evolução Histórica – 1991*. 2.ed. Brasília: Fundação Nacional de Saúde,1996.

BARDINI, l. *Análise do Conteúdo*. São Paulo: Livraria Martins Fontes, 1977.

BECKER, H. S. *Métodos de Pesquisa em Ciências Sociais*. São Paulo: Hucitec, 1994.

BONELLI, M. G. Origem social, trajetória de vida, influências intelectuais, carreira e contribuições sociológicas de Elliot Freidson. In: FREIDSON, E. *Renascimento do Profissionalismo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

BRESLOW, L. Da prevenção das doenças à promoção da saúde. *JAMABrasil*, 3(7):2252-61, 1999.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-77, 2000.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *Saber Preparar uma Pesquisa: definição, estrutura, financiamento*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1994.

CYRINO, A. P. P. *Organização Tecnológica do Trabalho na Reforma das Práticas e dos Serviços de Saúde: estudo de um serviço de atenção primária à saúde*, 1993. Dissertação de mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP.

CZERESNIA, D. The concept of health and the difference between prevention and promotion. *Cadernos de Saúde Pública*,15(4):701-09, 1999.

DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneira, 1975.

DONNANGELO, M. C. F. *Relatório de assessoria prestada à Divisão Nacional de Educação Sanitária sobre metodologia da educação no setor saúde*. 1976. (Mimeo.)

DONNANGELO, M. C. F. *Educação sanitária e políticas de saúde*. 1976. (Mimeo.)

DONNANGELO, M. C. F. *Aspectos da política social brasileira e da participação comunitária em saúde*. s. d. (Mimeo.)

DONNANGELO, M. C. F. & PEREIRA, L. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.

DURKHEIM, E. Da Divisão do Trabalho Social. São Paulo: Editora Abril, 1973. (Coleção *Os Pensadores*. v. XXIII).

ELIAS, N. & SCOTSON, J. L. *Os Estabelecidos e os Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. 2.ed, Rio de Janeiro: Graal, 1981.

FREIDSON, E. *Renascimento do Profissionalismo*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1998.

FRIEDRICHS, J. *Methoden Empirischer Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag, 1990.

GENTILE, M. Promoção da saúde. *Promoção da Saúde* (Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde), ano 1, 1:9-11, ago-out. 1999.

GIRARDI, S. N. *A Situação Atual dos Recursos Humanos em Saúde no Brasil (sinais do mercado de trabalho e aspectos de sua regulação nos anos 90)*. Brasília: Ministério da Saúde - Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS, 1995.

HAGUETTE, T. M. F. *Metodologias Qualitativas na Sociologia*. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1995.

MACDONALD, K. M. *The Sociology of the Professions*. London: Sage Production Press, 1995.

MACHADO, M. H. et al. *O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: Ensp, 1992.

MACHADO, M. H. Sociologia das profissões: uma contribuição ao debate teórico. In: MACHADO, M. H. (Org.) *Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

MALIK, A. M. & SCHIESARI, L. M. C. *Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde*. São Paulo: IDS/NAMH-FSPUSP/Itaú, 1998.

MARCONI, M. A. & LAKATOS, E. M. *Técnicas de Pesquisa*. São Paulo: Atlas S.A, 1988.

MARSIGLIA, R., MENDES-GONÇALVES, R. B. & CARVALHO, E. A produção do conhecimento e das práticas sociais. *Terapia Ocupacional*, 2:114-26, 1991.

MAYS, N. & POPE, C. Qualitative research in health care: assessing quality in qualitative research. *BMJ*, 320:50-52, 2000.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. Tese de Doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina USP, 1986.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Editora Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface: comunicação, saúde, educação*; 4:109-16, 2000.

MILES, M. B. & HUBERMAN, A. M. *Qualitative Data Analysis: an expanded sourcebook*. 2.ed. Thousend Oaks: Sage, 1995.

MINAYO, M. C. S.; D'ELIA, J. C. & SVITONE, E. *Programa Agentes de Saúde do Ceará*. Fortaleza: Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), 1990.

MINAYO, M. C. S. *O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1992.

NEIBURG, F. A sociologia das relações de poder de Norbert Elias. In: ELIAS, N. & SCOTSON, J. L. *Os Estabelecidos e os Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

NEMES, M. I. B. *A Hanseníase e as Práticas Sanitárias em São Paulo: dez anos de subprograma de controle de hanseníase na Secretaria de Estado da Saúde (1977-1987)*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1989.

NEMES, M. I. B. Prática programática em saúde.In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B. (Orgs.) *Saúde do Adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo, Hucitec, 1996. p.48-65.

NOGUEIRA, R. et al. *A vinculação institucional de um trabalhador sui generis: o agente comunitário de saúde*. [Texto para Discussão 735]. 2000. Disponível em <URL: http://www.ipea.gov.br [2000 jun 33p.]

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. *Revista de Saúde Pública*, 34 (5): 547-59, 2000. Disponível em http://fsp.usp.br/rsp, retirada da Web em outubro de 2000.

PAIM, J. S. A reorganização das práticas em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde* (Mendes, org). São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/ Abrasco, 1995.

PEDUZZI, M. *Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação*. Tese de Doutorado. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, 1998.

PEDUZZI, M. O trabalho multiprofissional em saúde: questões teóricas e conceituais. Texto apresentado no I Encontro dos Programas de Aprimoramento Profissional, Fundação do Desenvolvimento Administrativo-Fundap, 1999. São Paulo, Brasil.

QUEIROZ, M. I. P. *Variações sobre a Técnica de Gravador no Registro de Informação*. São Paulo: Viva, 1991.

QUIVY, R. & Van CAMPENHOUDT, L. *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2.ed. Lisboa: Gradativa Publicações Ltda, 1998.

ROBERTSON, A. & MINKLER, M. New health promotion movement: a critical examination. *Health Education Quarterly*, 21(3): 295-312, 1994.

SARTRE, J. P. Questão de método. In: PESSANHA, J. A. M. *Sartre: vida e obra*. 3.ed. São Paulo: Nova Cultural, 1987. (Coleção *Os Pensadores*)

SCHRAIBER, L. B. *O Médico e Seu Trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, L. B. *Medicina Tecnológica e Prática Profissional Contemporânea: novos desafios, outros dilemas*. Tese de Livre-Docência. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1997.

SCHRAIBER, L.; NEMES, M. I. B. & MENDES-GONÇALVES, R. B (Orgs.) Necessidades de saúde e atenção primária. *Saúde do Adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA, J. A, MENDES-GONÇALVES, R. B. & GOLDBAUM, M. *Atenção Primária de Saúde: avaliação da experiência do Vale do Ribeira*. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Série Estudos e Projetos: 1986(2).

SILVA, J. A. *Assistência Primária de Saúde: o agente de saúde do Vale do Ribeira*. Dissertação de Mestrado. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP, 1984.

SOUZA, A. I. *A Satisfação da População com os Serviços Locais de Saúde: município de Itacarambi (MG)*. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1996.

SPOSATTI, A. Condições de saúde e qualidade de vida na cidade. Congresso Paulista de Saúde Pública; out. 1999. Águas de Lindóia, São Paulo: APSP; 2000. p. 23-41.

VASCONCELOS, E.M. A priorização das famílias nas políticas de saúde. *Saúde em Debate*, 23:6-19, 1999.

WILSON, J. Q. *Bureaucracy: what government agencies do and why they do it*. New York: Basic Books, 1989.

Fontes Documentais

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília (DF), 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília (DF), 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Manual de Recrutamento e seleção*. Brasília (DF), 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Higiene*. Brasília (DF), 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde. Curso de Formação de Agentes Comunitários de Saúde. Roteiro de Atividades para o Coordenador Municipal de Saúde*. Brasília (DF), 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Manual do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília (DF), 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Avaliação qualitativa do PACS*. Brasília (DF), 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília (DF), 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Ações Básicas e Desenvolvimento da Criança*. Brasília (DF), 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde, Programa de Saúde da Família. *Saúde Dentro de Casa*. Brasília (DF), 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Comunidade Solidária, Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *Programa de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília (DF), 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual para a Organização da Atenção Básica*. Brasília (DF), 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. *Anais da Reunião Técnica dos Pólos de Capacitação, Formação e Educação Permanente em Saúde da Família*: 26 a 28 de maio de 1999. Brasília, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria do Estado da Saúde. Casa de Saúde Santa Marcelina. *Projeto Qualidade Integral em Saúde: uma reorientação das ações de saúde em unidades básicas do Núcleo III (Zona Leste)*, 1995. (Mimeo)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria do Estado da Saúde. Fundação E.J. Zerbini. *Projeto Qualidade Integral em Saúde: programa saúde da família*. mimeo: 1997.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *A Vinculação Institucional de um Trabalhador Sui Generis. o Agente Comunitário de Saúde*. Rio de Janeiro (RJ), 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Atenção Básica. *Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família - PSF*. Brasília (DF), 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Atenção Básica. *Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família. Relatório Final*. Brasília (DF), 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília (DF), 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Saúde da Comunidade. *Saúde da Família no Brasil. Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002*. Brasília (DF), 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Coordenação de Saúde da Comunidade. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. *O Trabalho do Agente Comunitário de Saúde*. Brasília (DF), 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. *Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde*. Brasília (DF), 1991.

MINISTÉRIO PÚBLICO DO TRABALHO. Procuradoria Geral. Programa Agentes Comunitários de Saúde. *Estudo sobre o programa dos Agentes Comunitários de Saúde do Ministério da Saúde*. Brasília (DF), 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Prefeitura Municipal de Mauá. *Programa de Saúde da Família do Município de Mauá*. São Paulo, 1999.

SECRETARIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. *Projeto Qualis II. Relatório de Produção*. São Paulo, 1998. (Mimeo)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. Programa Saúde da Família. *Implantação e desenvolvimento PSF/Qualis*. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo, 1999.

ANEXOS

ROTEIROS E QUADROS

Roteiro para Entrevista com Agente Comunitário de Saúde

Entrevistador:

Local e data da entrevista:

BLOCO A – IDENTIFICAÇÃO

Informações pessoais + aprofundamento sócio-cultural, formação técnica e profissional em geral e específica para as atividades que exerce.

BLOCO A

1. Nome .... Área .... Microárea ....
2. Unidade de Saúde
3. Região
4. Data e local de nascimento
5. Último ano de escola que cursou
6. Concluiu algum curso profissionalizante? Se sim, qual?
7. Tempo em que reside no bairro
8. No município de São Paulo
9. Se já residiu em outros bairros ou municípios: de onde o sr./a sra. veio e por que veio morar aqui?
10. O sr./a sra. tem família no bairro? Fale um pouco sobre a sua família.
11. Qual era o seu trabalho antes de se tornar agente comunitário de saúde?
12. O sr./a sra. faz outra coisa atualmente, além do trabalho como agente? Qual é?
13. O sr./a sra. já tinha trabalhado antes com problemas de saúde? Em caso positivo, fale um pouco sobre essa experiência.
14. Antes de se tornar agente de saúde, que tipo de conhecimento o sr./a sra. já tinha com as pessoas aqui do bairro?

14 a. O sr./a sra. participava de algum tipo de atividade junto com outras pessoas do bairro?

15. Fale um pouco sobre o bairro e sobre as pessoas que nele vivem.

BLOCO B - PROGRAMA

A) Definição do programa na visão

B) Atividade de cada um dentro do programa

C) Grupos de relacionamento no âmbito do trabalho

D) Função/importância do programa para a população

BLOCO BA

16. O que é o Qualis? Qual é o objetivo do Qualis?
17. O que o Qualis faz para as pessoas que moram aqui?
18. O sr./a sra. sabe contar porque foi que se resolveu instalar o Qualis aqui no bairro?
19. Quem contribuiu para o Qualis vir para cá? (lembrar a construção, reforma e equipamento das unidades)
20. De que modo as pessoas aqui no bairro participaram da instalação das unidades do Qualis? (Quem escolheu e de que forma)
21. Que órgãos públicos e particulares participam hoje do Qualis?

BLOCO BB

22. O sr./a sra. saberia dizer o que a equipe de saúde da família faz?
23. O que o médico de família faz? O enfermeiro? O auxiliar de enfermagem?
24. E o sr./a sra., o que faz?
25. Se o sr./a sra. tivesse de dar uma nota – entre 0 e 10 – para a importância do trabalho de alguns profissionais para a saúde das pessoas, que nota o sr./a sra.daria:
    - Ao trabalho do médico de família?
    - Ao trabalho do enfermeiro de família?
    - Ao trabalho do auxiliar de enfermagem?
    - Ao trabalho do agente de saúde?
    - Ao trabalho do médico especialista?
    - Ao trabalho do dentista?

BLOCO BC

26. Como é trabalhar em uma equipe, com vários profissionais participando?
27. Qual a diferença entre o seu trabalho e do auxiliar de enfermagem?

BLOCO BD

28. Que problemas de saúde as pessoas daqui têm?
29. Que problemas de saúde da população o Qualis atende mais? Por que foi decidido que o Qualis atenderia exatamente esses problemas?
30. As pessoas do bairro gostam do atendimento que é prestado pelo Qualis? Do que elas mais gostam?
31. Como as pessoas resolviam os seus problemas de saúde antes do Qualis? Para onde se dirigiam?
32. O sr./a sra. percebe diferença entre o que as pessoas pensavam do Qualis no começo do funcionamento e o que pensam agora?
33. Alguém critica o atendimento? Que tipo de reclamação é feita?
34. De que forma as pessoas do bairro têm participado do que acontece no Qualis?
35. São realizadas reuniões com as pessoas do bairro? Quem organiza essas reuniões? Vem muita gente nessas reuniões? Quem participa delas? Qual a sua participação nesse tipo de reunião?

BLOCO C – PRÁTICA

A) Estabelecimento de contato

B) Treinamento

BLOCO CA

36. Por que o sr./a sra. se candidatou a esse trabalho de agente de saúde?
37. O que o sr./a sra. achava que era o trabalho do agente de saúde?
38. Como é que o sr./a sra. foi escolhido(a) para agente de saúde dessa equipe, dessa unidade?

BLOCO CB

39. De que jeito o sr./a sra. foi treinado(a) para esse trabalho/ (duração; tipos de atividades: aulas, treinamento prático; conteúdos mais importantes)
40. O que achou do treinamento?
41. O treinamento preparou o sr./a sra. para todos os problemas que aparecem no seu trabalho?
    - Descreva os problemas mais freqüentes que o sr./a sra. tenha de resolver o seu trabalho e que tenha sido discutido no treinamento. Descreva também as soluções mais freqüentemente adotadas.

- Descreva problemas que o sr./a sra. teve que resolver e que não fizeram parte do no treinamento. Descreva também as soluções adotadas.

43. Quando ocorrem problemas de difícil solução, a quem recorre mais freqüentemente?
44. Se o sr./a sra. tivesse de treinar alguém para esse trabalho, como faria?
45. Como foram os primeiros meses do seu trabalho?

BLOCO D – ATIVIDADE NO COTIDIANO

A) Sistema de informação e registro de atividades

B) Organização do trabalho – decisões e conflitos

C) Dimensões do trabalho – Identificação dos deslocamentos a) do indivíduo para a família; b) do serviço para a casa e arredores; c) do poder técnico

BLOCO DA

46. O sr./a sra. anota o que faz? Em que papel? Em que momento?
47. Por que o sr./a sra. anota?
48. Existem relatórios regulares a serem feitos obrigatoriamente (semanais, mensais)? Se sim, quais as informações que devem ser registradas neles?

BLOCO DB

50. Como funciona a unidade de saúde? (horário, número de pessoas que trabalham, pessoas que procuram – inclusive de que bairros vêm –, quantidade de atendimentos, quantidade de problemas solucionados ou encaminhados).
51. Como você planeja o seu trabalho: por dia, por semana, ou de outra forma?
52. Que tipos de atendimento o sr./a sra. tem feito com mais freqüência?
53. Como o sr./sra. tem resolvido situações como:
    - Diarréia em criança
    - Gestante nova
    - Mulher que deu à luz
    - Lixo na rua
    - Esgoto a céu aberto
    - Falta a consulta agendada

- Uso de drogas por algum membro da família
- Problema de saúde mental
- Hipertensão
- Novos moradores que chegam ao domicílio de família já cadastrada
- Recusa da visita
- Queixa sobre alguma coisa que o sr./a sra. fez
- Queixa sobre atendimento da unidade de saúde
- Desavenças entre vizinhos
- Desentendimento com colega de trabalho

54. O sr./a sra. tem algum tipo de material escrito que ajude a orientar o seu trabalho?
55. Além do atendimento às pessoas, que outros trabalhos o sr./a sra. faz na unidade e na comunidade?
56. Quem diz ao sr./à sra. o que deve ser feito e como deve ser feito?
57. O que o sr./a sra. faz quando não consegue resolver um problema de saúde de uma pessoa que o procura?
58. E outros problemas e dúvidas que aparecem durante o seu trabalho, quem resolve?
59. E se for problema mais grave, que envolva aspectos legais, como o sr./a sra. resolve? Dê um exemplo.
60. Quais as dificuldades que o sr./a sra. tem encontrado no seu trabalho?
    - Que tipo de material é mais necessário no seu trabalho?
    - O sr./a sra. tem tido alguma dificuldade para conseguir o material de que precisa?
61. Tem alguém encarregado de acompanhar e supervisionar o trabalho que o sr./a sra. faz? Quem são as pessoas e como é que elas ajudam o seu trabalho?

BLOCO DC

62. Onde o sr./a sra. desenvolve mais o seu trabalho: na Unidade, na casa das pessoas ou na comunidade? O que o sr./a sra. faz em cada um desses lugares?
63. De todas estas atividades, qual a mais importante para a saúde das pessoas do bairro?
64. O sr./a sra. tem algum problema quando vai visitar as pessoas em suas casas? Elas permitem?

65. Qual a receptividade das pessoas do bairro para o trabalho dos agentes de saúde?

66. Todas as pessoas que são atendidas seguem a sua orientação? Descreva alguma situação em que a pessoa ou família não seguiu a sua orientação. Que atitude o sr./a sra. tomou?

67. Acontece de o sr./a sra. fazer atendimento fora do horário de funcionamento da unidade?
    - Onde (em que lugares)?
    - Por que o procuram?
    - Em que horários esse atendimento é feito?

68. E no último fim-de-semana, quantas pessoas o (a) procuraram? Quais foram os motivos? E a noite passada?

BLOCO E – SUGESTÕES, PERSPECTIVAS

BLOCO E

69. Além do trabalho que o sr./a sra. hoje desenvolve, o que mais o sr./a sra. acha que poderia fazer (atribuições – possibilidades)?

70. Depois de ter trabalhado todo esse tempo como agente de saúde, o que o sr./a sra. pode contar sobre a situação de saúde das pessoas do bairro?

71. O sr./a sra. teria alguma sugestão para que a população fosse melhor atendida nas suas necessidades de saúde?

72. Como a sua família vê o seu trabalho como agente de saúde?

73. Que conselhos o sr./a sra. daria a alguém que quisesse ser agente de saúde?

Roteiro para Observação do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde

O observador acompanhará o agente de saúde, durante todo o período de trabalho, em todas as atividades: na unidade de saúde, no domicílio e na comunidade.

Em relação a essas atividades, registrar:

I – A REALIZAÇÃO DA ATIVIDADE

a) o tipo da atividade

b) horário de início e de término

c) a quem se destina

d) como e quando é executada

e) seqüência de passos seguidos, pelo agente, na sua execução

- registrar, o mais exatamente possível, palavras usadas pelo cliente e pelo agente
- registrar as orientações fornecidas pelo agente
- descrever os encaminhamentos feitos pelo agente

f) existência de material necessário

g) existência de normas e rotinas

h) registro da atividade

II – O RELACIONAMENTO COM A CLIENTELA

a) forma de atender a clientela

b) limites de aceitação da opinião sobre si próprio

c) reação frente às críticas que lhe são apresentadas

d) observação da compreensão da clientela sobre as orientações

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Chegar à unidade de saúde no horário em que o agente começa as suas atividades.
2. Solicitar ao agente que o apresente como desenvolvendo um trabalho de apoio ao Projeto Qualis.
3. Participar de todas as atividades nas quais o agente esteja envolvido.

4. Quando não puder anotar tudo, priorizar o registro de dados e trechos que informem:
   - o conteúdo e as diferentes dimensões do trabalho (o que faz, como faz, para quem faz, com quem faz, quando faz, onde faz);
   - a quantidade de atividades desenvolvidas;
   - o quanto trabalha com a integralidade do indivíduo, esse na família e essa na comunidade;
   - o quanto trabalha com a integralidade do indivíduo, esse na família e essa na comunidade;
   - o quanto trabalha com a intersetorialidade e a multicausalidade do processo saúde/doença;
   - a distribuição do tempo em relação às diferentes atividades – quanto tempo do dia fica na unidade, quanto fica em visita, em reuniões;
   - o processo de tomada de decisões, as condutas que toma;
   - as orientações e os encaminhamentos, mesmo para os demais membros da equipe (médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem);
   - o vínculo, a forma de se relacionar com a clientela;
   - a disponibilidade;
   - como trabalha a questão do poder que tem como agente;
   - o planejamento do trabalho, a seleção de prioridades (porque aquela atividade está sendo feita, naquele momento, naquele dia).
5. Apresentar-se de forma adequada a fim de não provocar constrangimentos; lembrar-se que irá observar pessoas de diferentes níveis socioeconômicos, culturais, de informação, com valores e padrões diferenciados e não necessariamente idênticos aos seus.
6. Procurar estabelecer um clima de cordialidade durante a semana de observação; evitar qualquer assunto controvertido e alheio ao trabalho, bem como emitir qualquer opinião que reflita juízo de valor.
7. Abster-se de fazer comentários quanto à situação do agente e não intimidá-lo para fornecer as informações.
8. O observador deve descrever as atividades pormenorizadamente, bem como sua duração, esforçando-se, ao mesmo tempo, para perturbar o menos possível o observado em suas atividades.
9. O registro das observações diretas será feito em caderno pautado e a caneta.
10. As reuniões de que o agente participar , durante a semana de observação, podem ser gravadas, desde que os participantes sejam avisados e concordem com a agravação.

DEVEM SER EVITADOS:

a) o estabelecimento de cumplicidade com o agente observando pois isto excluirá a pessoa atendida, modificando completamente a interação;

b) qualquer tipo de interferência nas atividades dos observados, seja por meio de gestos, mímica fácil ou emissão de opinião;

c) qualquer tentativa de interferir no andamento normal do dia dos observados, seja para saciar curiosidades pessoais ou para 'complementar' dados que, na opinião do observador, estejam incompletos. É claro que alguma dúvida pode ser esclarecida após o encerramento da atividade;

d) utilizar gravador nas visitas domiciliares;

e) fumar em quaisquer dos ambientes de trabalho do agente de saúde, especialmente durante as visitas domiciliares.

Quadro 1 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) - Equipe 1

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Tempo de trabalho no Qualis	13 meses	17 meses	13 meses	Mais de 7 meses
O que é Qualis	Novo modelo de gerenciamento e assistência Modelo mais abrangente – envolve a prevenção e o indivíduo no seu contexto Reorganiza e direciona a assistência Onde se implanta a área vira um oásis	Nova saúde pública Conceito mais globalizante de saúde Exige conhecimento médico de diversas áreas Projeto implantado para pessoas carentes, mas deveria ser ampliado	Modelo de assistência com ênfase na prevenção da doença Toma o indivíduo como um todo Resgate da cidadania	O contato com as famílias permite educar/transformar Trabalha com consulta marcada com o médico e acolhimento
Objetivos e população alvo	Objetivos: O Qualis é a única saída para atenção básica População: Quase 14.000 pessoas; área bastante carente	Objetivos: Busca contornar p/ compensar situação de falta de saúde associada à miséria. População: classe média baixa; cadastramento facilita o controle	Objetivos: Atuação com impacto na taxa mortalidade e diminui demanda para hospital (evita superlotação) População: área carente; indicadores de saúde ruins	Objetivos: Orienta a população para ter melhor condição de vida (social, cultura, direitos); educação em saúde
Necessidades de saúde e vida	Área de invasão (não regularizado) Saneamento (esgoto e lixo) Falta área de lazer Consumo e tráfico de drogas, alcoolismo, tabagismo Violência doméstica desemprego	A comunidade não tem só como problemas de saúde aqueles priorizados pelo PSF Problemas no meio ambiente – lixo e córregos	Falta de água, esgoto, moradia em local de risco.	Área de invasão Miséria/desnutrição Desemprego Não tem informação, educação/formação Violência

Quadro 1 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) - Equipe 1 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Problemas de saúde	Maioria crianças e gestantes, idosos em menor número	Hipertensão arterial (HA), tuberculose (TBC), diabetes (DM), desnutrição, pré-natal, problemas ginecológicos, doenças sexualmente transmissíveis (DST); destaca HA e desnutrição	HA, verminose, doenças respiratórias, diabete, tabagismo, alcoolismo, consumo de drogas	HA, DM, desnutrição
Necessidades e estratégia de abordagem	População valoriza atendimento médico e consumo de medicamentos. Esforço para promoção do auto cuidado	Metas estão sendo cumpridas "Apesar dos pacientes rebeldes, a maioria procura colaborar" A população busca socorro	Se há algum problema de aderência à indicação do médico, a equipe é acionada para juntar esforços. Enfermeira com a função de conversar com o paciente para saber por que não segue prescrição ou falta em atendimento A equipe toda fala a mesma linguagem	
Atividade intersetorial	Conta com Regional, Diretora de Escola, Conselhos Tutelar do Adolescente, Secretaria de Esporte, Prefeitura, vereador para fazer projeto de área de lazer, Secretaria do Trabalho (auto emprego)	Ações com a Sabesp, igreja, atividades para idosos, festas para arrecadação de dinheiro para Comitê da		Necessidade de trabalhar com usuário de droga
Grupo educativo	Ações junto a grupos específicos Objetivo: orientação e mudança de hábitos	Fome Conforme necessidade de demanda; organiza a assistência	Trabalha sempre respeitando as idéias das pessoas Consulta em grupo em microárea	

Quadro 1 – Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 1 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Recursos materiais e referência/contra referência	Falta referência para especialidade e hospital A referência é baseada muito na informalidade – contatos pessoais	Críticas da população sobre vaga para atendimento Número de médicos, acesso a medicação Referência não funciona para tudo o que é necessário	Está ampliando a estrutura de referência e isso é bom, porque antes não tinha para onde encaminhar (por ex. a gestante)	Precisa manter a saúde bucal, no posto já está reservada a sala e não há referência na área
Registro e sistema de avaliação	Da atividade diária de cada membro da equipe. Para avaliar e aprimorar Enfermeira avalia desempenho agente e auxiliares Gerente avalia médicos e enfermeiros	A planilha é muito boa, fácil de preencher e avalia alguns marcadores Faço registro com números	A orientação que a gente tem é que se registre tudo	Tudo você anota no caderno da sala e nos relatórios de visita domiciliar
Programação/protocolos de trabalho	Planejamento anual; avaliação mensal	Sensação de autonomia para agendamento Campanhas intermas para estimular papanicolau Protocolo para visita domiciliar	Área delimitada Trabalhar junto com a comunidade as suas necessidades Trabalhar com prioridades	Apostilas de treinamentos A apostila fixa na sala de vacina e outra de ações epidemiológicas
Papel dos membros na equipe	Agente comunitário de saúde: mobilizador Auxiliar de enfermagem: assistência na unidade e fora Médico: atendimento em consultório + visita domiciliar + participa de grupo + educação continuada Enfermeira: Coordenador da equipe + assistência + supervisão dos auxiliares e agentes	Médico: tocador de serviço Enfermeira: apoiado pela coordenação como líder, figura pensante Auxiliar de enfermagem: importância fundamental, faz papel sujo, pega no pesado	Enfermeira: liderança democrática e participativa Coordenação como deixar fluir e fazer ajustes Enfermagem: faz o cuidado do paciente, avaliando o lado do paciente/o porquê do seu comportamento e preocupações	Auxiliar de enfermagem: fôlego para caminhada, visita fora da unidade

Quadro 1 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) - Equipe 1 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Dificuldades	Gerenciamento mais participativo do que o modelo anterior Demandas para ficar apagando incêndio Ênfase sua e da equipe na doença Fazer prevenção em situação de carência	Recursos materiais (de medicação a papel higiênico) Tempo para dar conta de todas as atividades Realizar diagnóstico médico de família Discorda do acolhimento porque subverte o agendamento e aumentou muito a demanda espontânea Integrar prevenção e assistência à doença	Impotência e insuficiência diante dos problemas da vida e da saúde + "cultura" da assistência curativa Abordagem psicológica e social (acha necessário profissionais específicos na unidade) Número grande de hipertensos não aderentes mas alguns começam a aderir à caminhada O maior desafio é mudar o comportamento	Falta de material Eu levo o aparelho de pressão para casa porque o do posto já foi roubado Manutenção de equipamento Precisa de muito improviso. Mudar o costume das pessoas é difícil
Significado do PSF para a população	Segurança por ter uma referência para apoio Conhecer melhor o corpo, suas necessidades, como se cuidar	Atendimento com dignidade Segurança em relação à orientação, prescrições Sentir-se "assistido"		Apoio da equipe Grupos, além de espaço para orientação, são uma oportunidade de encontro O posto é um aconchego, a gente conversa com as pessoas
Requisitos para trabalhar na equipe do Qualis		Pessoal capacitado e treinado Muita boa vontade	Um completar/fortalecer o outro Visão integral da pessoa	Preparo físico Gostar de sair para rua; gostar de orientar/ conversar; gostar de ser humano
Impressão e planos pessoais	"Eu me emociono: o Qualis é a única saída Como profissional eu gostaria de continuar nesse modelo"	"Estou aqui para educar e orientar; não sou responsável pela situação difícil que as pessoas vivem Não me cabe papel de herói, sou profissional" Médico de família é um trabalho muito bonito, mas estafante. Planos de mudar de atividade	Qualis é a luz no fim do túnel "Eu vesti a camisa" Uma visão nova exige a adequação dos profissionais	Conhecer muito bem o paciente, sua vida, sua casa Sensação de fazer parte da sua família Tenta ensinar tudo o que sabe "Trabalho perto de casa e não chego à noite"

Quadro 2 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 2

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Tempo de trabalho no Qualis	4 meses	3 anos	3 anos	?
O que é Qualis	Projeto de médico de saúde da família e não atendimento às pessoas individualmente Projeto voltado para a saúde das pessoas	Trabalho preventivo, assistência mais singular e próxima da família Ver o paciente como um todo Humanização da assistência	Projeto para grupos populacionais delimitados, atendimento integral Centrado no trabalho em equipe Respeita direito à saúde do cidadão	Trata todas as fases da vida, trata da doença, faz orientação para saúde, abrange aspectos psicológicos e sociais
Objetivos e população-alvo	Objetivos: prevenção, enfoque da saúde, trabalhar grupos de risco População: classe média/ média baixa e bolsões de pobreza (cortiço horizontal) Adultos entre 20 e 49 anos	População: A diminuição do poder aquisitivo provoca um deslocamento da população (subdividem as casas; mudam de endereço e de bairro, em direção à periferia)	Objetivo: abordagem integral; abaixar índices de mortalidade de determinados grupos População: idosos proprietários da casa e filhos desempregados que retornam à casa paterna (aumento de gestantes e crianças)	Objetivo: prevenção e diminui o fluxo aos hospitais; busca na comunidade quem pode ajudar o outro População: desigualdade social (um passa fome e o outro tem um carro)
Necessidades de saúde e vida	Quem vai à USF é idoso, gestante e criança (não o adulto jovem)			
Problemas de saúde	Idoso – hipertensão (HA) e diabete (DM)	Jovens de 20 a 49 e idosos, mas os idosos fazem maior uso da unidade HA, DM, doenças sazonais (crianças com IRA)	Doenças crônicas porque a população é idosa	HA, DM Alguns casos de tuberculose (TBC)

Quadro 2 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 2 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Necessidades e estratégia de abordagem	Trabalho de rua – o médico vai e reúne com pessoas na casa de alguém (ex: amamentação para ninguém atrapalhar a mãe que está amamentando; objetivos e funcionamento do Qualis			A população nos procura e nós procuramos a população; faz-se controle de faltoso e abandono (caça aos fugitivos)
Atividade intersetorial	Trabalho nas escolas para trazer adolescente para UBS Usa espaço físico do clube perto da unidade para grupo educativo Para reunião do conselho é usado salão da Sociedade Amigos de Bairro	Fizemos um trabalho em várias escolas mas não pudemos dar continuidade Pedimos o retro projetor na escola e na igreja de uma das agentes	Escolas, Conselho de Saúde (mas ele é deficitário) A comunidade é pouco participativa e não há solidariedade entre eles	Através da reunião do Conselho conseguimos evangélicos que são cuidadores de acamados Quando a gente não consegue resolver dentro da unidade, busca apoio fora Abrigo para morador de rua – era perto e não conhecia
Grupo educativo	Planos de abrir consulta coletiva	Trabalho complementar dos membros da equipe (cada um fala um "pedaço") "As pessoas não vêm para grupo, então peguei eles na raça: marque todas as consultas para o mesmo horário!"	Implantadas consultas grupais porque não havia vagas para menos de um mês	
Recursos materiais e referência/contra-referência	O relacionamento com a retaguarda é bom. A falta de medicamentos é pouca	Dificuldade para encaminhar para para especialidade	Problemas na referência; falta uma boa contra-referência	

Quadro 2 – Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 2 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Dificuldades	Falta profissionais de saúde mental e área social na unidade (sugere assessoria) Falta fisioterapia e fonoaudiologia Assistência ao deficiente/ seqüelado (idoso e jovem) Os idosos ocupam muitas vagas da assistência Acho que cada equipe deveria ter 3 auxiliares Problema com a área física da UBS	Aderência dos doentes crônicos depende de dois fatores: cultural a acesso a medicamentos O espaço físico da UBS é sufocante Não há planejamento de ações (como reunião) por parte da coordenação – de repente tem que desmarcar tudo Nossa população é exigente e até chata – reclama de tudo	As pessoas não querem uma orientação, elas querem que seus problemas sejam resolvidos. Acham que existe remédio para curar tudo O Qualis não responde a todos os problemas de saúde Problemas no espaço físico da UBS Falta consciência de comunidade, consciência de ajudar	Espaço físico Material permanente e de consumo – alguns são imprescindíveis; outros podem ser substituídos
Significado do PSF para a população	As pessoas chegam procurando o médico da família Muita gente deixou o plano de saúde e veio para o Qualis	Ser tratado como gente Familiaridade com a equipe Fazer o possível para não ficar doente no Sábado e Domingo para não usar outro serviço	Sabe que está sendo bem atendido, que pode contar com a UBS	Gostam da afinidade, da amizade
Requisitos para trabalhar na equipe do Qualis	Pessoas idealistas Vontade de fazer as coisas o melhor possível Ter compromisso, ser sério, se empenhar Coragem para enfrentar desafio	A coordenação exige um número de consultas e foi necessário interromper o trabalho nas escolas	Envolver-se com tudo Ser democrático – se há divergências, a maioria decide	Cada dia ter um aprendizado diferente Paciência, perseverança; conquistar a população; deixar as pessoas à vontade. Precisa gostar de lidar diretamente com o público
Impressão e planos pessoais	O PSF cumpre os objetivos melhor do que cumpriu o modelo tradicional Trabalha numa lógica de medicina de antigamente Gosta do que faz e pretende continuar	Trabalho desgastante	Qualis veio atender os ideais de saúde pública que ela sempre procurou Trabalho desgastante	Gosta de trabalhar com a comunidade e falar muito Gosta do campo aberto

Quadro 2 – Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 2 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Registro e sistema de avaliação	O Siab permite o levantamento de dados dos cadastrados Mas não há informação sobre os atendidos na unidade	Usa registro acadêmico, com a 1ª consulta mais aprofundada para conhecer a pessoa e estabelecer relação com a família. Eles querem quantificar uma coisa que é qualidade	Tem que ser fácil e rápido Se opõe a ter que fechar a produção diariamente Dados quantitativos e não individualizados	Anota o que fez na folha de produção. Fluxo dos dados: do profissional para o gerente local; do gerente para "a frente"
Programação/protocolos de trabalho		No plano anual, detectada concentração de habitantes na faixa dos 20 a 49 anos – necessidade de proposta para este grupo. Planos de um grupo para trabalhadores à noite	Com protocolos a enfermeira pede exames e faz prescrição Os protocolos precisam ser da unidade como um todo Dar conta das demandas rouba tempo do programado e do planejamento	Não tem orientação por escrito para o trabalho
Papel dos integrantes na equipe	Médico é generalista e preocupa-se com a família inteira Agente de saúde – ligação da comunidade com a unidade Enfermeira – administra a equipe, faz assistência (atendimento agendado, visita e acolhimento) Gerente – levantamento de dados; critérios para avaliação; divulgação da produção da UBS	Enfermeira – é a que pode sair menos, faz acolhimento supervisão às agentes, consulta de enfermagem e questões burocráticas Gerente – trabalha a harmonia da equipe e agiliza encaminhamentos para especialidades "Auxiliar de enfermagem – não se investe em treinamento "Nós somos uma família, eu e as minhas auxiliares!"	Auxiliar – investimos pouco neste profissional. Ele fica muito preso na UBS Participam dos grupos e fazem visitas junto com agente de saúde Enfermeira – faz um pouco de tudo, se envolve em todas as áreas	O agente ao fazer o cadastro examina as instalações da casa Médico – trata paciente como um todo Enfermeira – é o suporte do médico Auxiliar – faz parte do suporte

Quadro 3 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) - Equipe 3

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Tempo de trabalho no Qualis	Desde antes da instalação do PSF	9 meses	14 meses	13 meses
O que é Qualis	Qualidade integral de saúde Acompanhamento da família inteira na unidade e na casa por uma equipe (com um único médico para todos) O Qualis veio ocupar uma unidade quase desativada	Visa uma melhor qualidade de vida; Lida com a família toda – os profissionais conhecem a todos Não cuida só da boca, mas pensa no paciente inserido na família Articula as ações da atenção	Programa de saúde da família com vistas a formar vínculo com os usuários e facilitar aderência ao tratamento Revalorização da humanização do atendimento Equipe como meio de trabalho	Saúde integral para toda a família – da criança ao idoso
Objetivos e população-alvo	População: periferia, favelas, classe baixa, gente sem convênio médico	Objetivos: prevenção de cárie + programa curativo + para o futuro talvez prótese Dar para a população que não pode pagar uma oportunidade de saúde População: na periferia o pessoal é muito pobre, carente de tudo. Tudo muito precário	Objetivos: prevenção e controle de doenças, cuidado integral do paciente por uma equipe	Objetivos: prevenção, orientações, tratamento; atenção maior para aqueles que precisam População: carente, bairro um pouco violento

Quadro 3 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) - Equipe 3 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Necessidades de saúde e vida	Há 3 favelas na área, mas com casa de alvenaria, luz e água; só não tem esgoto 500 famílias vivendo em área de risco Desmoronamento, problema de lixo, falta área de lazer	Tratamento odontológico para adultos incluindo próteses Expectativa de muitos pacientes é arrancar dente para se livrar da dor. Atendimento de pacientes que não podem sair de casa	Tem muita favela, problema com o lixo Construção de um galpão para atividades como trabalhos manuais	Atendimento médico individual: "Vinha muita gente procurar consulta"
Problemas de saúde	Hipertensão; cobertura vacinal; saúde bucal	Piolho, taxa de natalidade alta, hipertensão, diabetes e pessoas que não sabem que são hipertensos e diabéticos	O maior problema é a falta de higiene; hipertensão em cerca de 80% dos adultos e diabéticos	"Hipertenso e diabético em um número assustador"; verminose; gestante e recém-nascido
Necessidades e estratégia de abordagem	Prioridade para gestante: acompanhamento desde o pré-natal, o parto (acesso a leito) e o cuidado da criança Cada usuário que entra na unidade é acolhido (mesmo se não tem vaga para atendimento médico, ele é ouvido)	Faz uma distribuição de vagas entre adultos e crianças. Prioridade é criança e gestante. Desde 1º atendimento ensina e confere a escovação para melhorar a condição da boca	Destaca importância da organização do trabalho, de como lidar com agendamento Avaliação como instrumento de *feed-back* para o trabalho	"Acho que em toda unidade nova o problema maior é o acolhimento da demanda espontânea"
Grupo educativo	Feito pelo médico e a enfermagem; falam da doença mas fazendo uma dinâmica para tornar mais atrativo	Não menciona	"Cada membro da equipe (médico, enfermeira e agente de saúde) fala um pouco, dá seu parecer sobre o assunto" Facilita aderência ao tratamento	Não participa

Quadro 3 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) - Equipe 3 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Recursos materiais e referência/contra-referência	Problema na 2ª linha para exames complementares) + alguns tratamentos especializados (como para canal em saúde bucal) Falta medicamentos e materiais	Não sabe se o atendimento é articulado com outros serviços	Pode tirar dúvidas por telefone com a equipe especializada	A diretora tem verba para comprar material
Registro e sistema de avaliação	Registra-se para avaliação - calcular o custo de cada pessoa coberta. A estatística faz o levantamento do número de casas e dos grupos especiais (hipertensos, gestantes, criança)	Ficha clínica do paciente (anamnese, mapa da boca, plano de tratamento) que fica no prontuário individual ao final do tratamento Faz mapa diário dos atendimentos (procedimentos, agendados, faltas, emergências) registra início e alta do tratamento. Objetivo: produção e cálculo de material e custo	Ficam 80% registrados. "O que a gente faz no corredor não fica anotado."	Anotação de enfermagem, de visita domiciliar, mapa de controle diário de procedimentos de enfer-magem Serve para registrar a produção de cada profissional e da Unidade No caso de visita, anota informações recebidas e dados ao paciente para compor sua história
Programação/protocolos de trabalho	Não menciona	É tudo padronizado. Há reuniões toda manhã para passar as informações do que deve ser feito e de como está indo o agendamento, necessidades de recursos, etc.	Existe material escrito para cuidados do hipertenso e gestante pela enfermeira Acha que o trabalho no Qualis deveria ser mais unificado	Não acha que foi planejado atender mais hipertensos e diabéticos - que o atendimento está mais baseado na procura

Quadro 3 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) - Equipe 3 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Papel dos integrantes na equipe	O médico pode ver a história de todos da família; tem todos os prontuários Enfermeira: 50% do seu trabalho é consulta enfermagem. Faz supervisão da enfermagem e previsão de material de enfermagem e de medicamentos; planeja o trabalho dos agentes de saúde Auxiliar: atividades de enfermagem na unidade Gerente: envia registro para Fundação Zerbini; está aberta a contato da população que a procura	Auxiliar de Cirurgião dentista (ACD): cuida do material e auxilia nos procedimentos; ensina escovação nas escolas	O agente de saúde sai para visitas Médico e enfermeira ficam consultando A equipe de saúde bucal trabalha só na unidade, não faz trabalho comunitário A equipe de saúde mental é volante - vem uma vez por mês e discutimos os casos	Médico faz acompanhamento Auxiliar de enfermagem: grupo, aplicação de medicação e vacina, orienta, faz encaminhamento externo Enfermeira: consulta de enfermagem, visita domiciliar, grupo
Dificuldades	Abordagem de famílias com problemas de drogadição porque não é revelado Atendimento à necessidade de saúde mental (encaminha para psicólogo só os casos mais críticos) 1200 famílias a equipe não dá conta Atender situação de emergência que não está dentro do programa, como no caso de deslizamento de barracos, mas você tem que socorrer desabrigados	Poucos funcionários para muita população Procura por ortodontia (que o Qualis não oferece). Diz que às vezes o pai uso dentadura, mas quer o dente do filho bonitinho Muito investimento em tratamento curativo (e não preventivo)	O treinamento foi feito junto com os médicos, sobre a parte clínica. Falta enfocar o papel da enfermeira A proposta inicial era de 800 famílias por equipe (1.200 é uma sobrecarga) Falta avaliação das experiências locais	Demanda de pessoas fora da área coberta pela USF Desconfiança do atendimento feito pela enfermeira (procuram o médico) Falta material de enfermagem e medicamento

Quadro 3 - Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) - Equipe 3 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Significado do PSF para a população	As pessoas têm uma unidade certa para buscar atendimentos A respeito de atendimento que a população buscou por tanto tempo	Eles querem que a gente esteja sempre à disposição deles no que eles precisam, e faça o tratamento que eles julgam necessário Com a implantação do Qualis o prédio foi reformado e aumentou muito o número de atendimentos e procedimentos	Gostam da forma como são tratados – "todo mundo é legal"	Saber que eles podem contar com médico, com enfermeira, com o agente de saúde que vai na casa Estão satisfeitos, mas sempre querem mais As pessoas gostam de serem conhecidas pelo nome
Requisitos para trabalhar na equipe do Qualis	Ser colaborativo Fazer por acontecer	Unificação do trabalho	Aprender a não ter uma ansiedade muito grande com a demanda porque nunca vai acabar Incluir a humanização no trabalho Respeitar o trabalho do outro profissional	É difícil trabalhar em equipe porque são várias opiniões, mas acaba virando uma família (uma 2ª família para nós) Pessoa aberta para trabalhar com a população Ter paciência
Impressão e planos pessoais	"Estou satisfeita porque agora temos algo a oferecer para a população" "Me agrada a rapidez das decisões e implantação"	A gente faz o que pode! Satisfação de estar sendo útil O salário compensa O diferencial do projeto é ir até a casa das pessoas, mas ficar subindo e descendo ladeira é uma coisa complicada; a dificuldade é bem grande	"Minha proposta sempre foi trabalhar com a população carente" "O que mais me agrada é ter um trabalho diversificado"	Valoriza ligação com o paciente, poder saber como vai indo (compara com trabalho em hospital no qual não pode saber da evolução a médio prazo)

Quadro 4 – Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 4

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Tempo de trabalho no Qualis	1 ano	1 ano	1 ano (primeiro emprego)	menos de 1 ano
O que é Qualis	Implantação do modelo de atenção à saúde almejado Saúde como condição de vida, área delimitada, responsabilidade por uma população	Cuidado da família toda, com boa qualidade de assistência. É o SUS com área demarcada	O Qualis é um programa do SUS, mas não abrange todo mundo (não respeita o direito universal à saúde de qualidade)	O Qualis é integração profissional-doente
Objetivos e população-alvo	Objetivo: relação instituição-comunidade (gestão compartilhada). Qualidade diferenciada de assistência População: 4.500 famílias (240.000 pessoas); problema de desemprego	Objetivo: Estar em cima do paciente/família, entrando na casa População: região carente	Objetivo: Cuidar do paciente no seu "habitat natural" População: comunidade bem carente; até a mortalidade infantil está ligada com a fome	Objetivo: melhorar a vida da pessoa, tentar aliviar sofrimento; "pegar no pé" para a pessoa se cuidar População: pessoas carentes e complicadas; mulheres chefiando a família
Necessidades de saúde e vida	A unidade havia ficado anos sem médico	Morte por tiro, droga (mas que não aparece oficialmente na anmnese ou nas visitas)	Problemas para acesso a serviço de saúde A maioria não precisa de medicação ou de especialista, precisa de conversa	Problema de droga, desemprego, prisão "tanta gente que precisa de uma palavra, de conversa"
Problemas de saúde	Saúde mental. Hipertensão arterial (muito)	Hipertensão, diabetes, problemas pulmonares, alcoolismo, idosos	Problema na moradia causa problema respiratório. Tuberculose, hipertensão, diabetes, falta de higiene	Hipertensão, diabetes, pessoas acamadas por AVC e acidente, úlcera varicosa (muita necessidade de curativo)

Quadro 4 – Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 4 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Necessidades e estratégia de abordagem	Alta densidade demográfica: expansão por continuidade Problemas complexos; trabalho em equipe		Agora só vamos atrás só do essencial porque são famílias demais; "as vezes não é só remédio, é uma conversa, um bom pate-papo e já alivia"	Para tantos problemas, o que eu ofereço são palavras de conforto
Atividade intersetorial	Contatos anteriores do Qualis (escola, Centro de Juventude)	Ainda estão tentando "fechar acordo" com Emei e Centro de Juventude	Não menciona	Não menciona
Grupo educativo	Não pode ser proposta eventual – precisa ter continuidade Expansão do público (inclusão posterior dos homens) Assistência a condições de saúde; atividade física	È importante dar ocupação para as pessoas, como fazemos nas caminhadas, trabalhos manuais Para os bebês, é consulta em grupo	Diz que gostaria de participar de caminhadas porque é uma atividade alegre	As caminhadas começaram com 12 pessoas, hoje são 60 Os grupos de obesos, qualidade de vida, hipertensão e de gestantes são valorizados pela população e têm tido bons resultados
Recursos materiais e referência/contra-referência	Dificuldade de integração com serviços da prefeitura	Exames demorados, dificuldades para integração com a referência	Não tem retorno de informações, difícil o diálogo com especialista	Todos os Hospitais que a gente manda o paciente mandam de volta dizendo: "Ah, o Qualis resolve. Vocês ganham bem, resolvam isso!"

Quadro 4 – Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 4 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Registro e sistema de avaliação	Construção de instrumentos de informação Informações para planejamento do serviço e para a comunidade (Conselho de Saúde)	Precisamos preencher duas planilhas porque o Núcleo da SES e o Siab não usam as mesmas informações Para os médicos, acho que o registro tem pouco uso; ele serve mais para a parte administrativa (produtividade, provisão de recursos)	Todos atendimentos são passados para o nível central Objetivo do registro: controle de custo	Sem anotação não dá para conversar com a equipe; "Tem que anotar tudo, tim-tim por tim-tim; fazer rascunho, caderno e passar a limpo no prontuário"
Programação/protocolos de trabalho	Da SES (como para vigilância epidemiológica)	Intervalos previstos para retorno de cada grupo de indivíduos Reunião uma vez por semana "Mas eu fujo um pouquinho do protocolo que foi previsto"	Tem roteiro de atendimento para hipertensão, diabetes e crianças	Não menciona
Papel dos integrantes na equipe	Médicos e enfermeiros: consultas que visam à abordagem integral Auxiliar de enfermagem: procedimentos de enfermagem na unidade e no domicílio (são muitos)	Gerente: contato com serviços de referência, para facilitar a integração Médico: faz a visita domiciliar dos acamados ou com pouca autonomia	Envolvimento de toda a equipe com as famílias. Médico e enfermagem: atendimento seqüencial de pacientes; visitas, conforme o caso Auxiliar de enfermagem: "na unidade, o auxiliar faz tudo!"	Médico e enfermeira fazem a mesma coisa – consultas; mas só o médico pode pescrever uma receita Gerente: recebe para resolver o que a equipe não conseguiu e convoca a reunião mensal com a população

Quadro 4 – Respostas à entrevista sobre o Qualis (gerente local, médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem) – Equipe 4 (cont.)

RESPOSTA	GERENTE LOCAL	MÉDICO	ENFERMEIRO	AUXILIAR DE ENFERMAGEM 1
Dificuldades	Formação especializada do médico Número de famílias por equipe Número de auxiliaresde enfermagem Serviço de remoção de pacientes (ambulância)	Reuniões não programadas (precisa cancelar a agenda) Articulação com os serviços de referência	Limitação da área de abrangência Demora para resultado de exames subsidiários Transporte por ambulância Falta de medicação Gente que quer chegar e ser atendida na hora As filas para acolhimento têm aumentado; o agendamento está para três meses Faltas em atendimento agendado	Falta assistente social para cobertura para o trabalho (encaminhamentos difíceis; passe para transporte) Muito trabalho (difícil dividir o tempo) Falta hospital de referência
Significado do PSF para a população	Acesso à serviço de saúde Assistência de qualidade	Confiam na equipe Reclamam de falta de vaga para agendamento	Gostam do ar de amizade	Gostam de serem ouvidos e de poderem falar (muito) A visita domiciliar valoriza a família e o doente
Requisitos para trabalhar na equipe do Qualis	Trabalhar em equipe; Abordagem da família Responsabilidade pelo cuidado Empenho em fazer o melhor	Trabalhar em equipe	Gostar de contato e de conversar com as pessoas	Postura de amigo Gostar de ouvir e de falar Falar a mesma linguagem (da equipe) Não ser preconceituoso Aceitar ir para a rua (não ficar só dentro da unidade)
Impressão e planos pessoais	"O projeto é exatamente aquilo que eu sempre sonhei" Trabalho exaustivo e de muita responsabilidade, mas dá satisfação profissional		Ser enfermeira de família é muito gratificante (adoro conversar com o pessoal... é um amigo) Quer fazer curso de saúde pública	Nesse trabalho existe uma interação, um vínculo muito grande Informações sobre fisioterapia para trabalhar com acamados

Quadro 5 – Caracterização de cinco membros da comunidade das Áreas 1, 2 e 4 (sexo, idade, local de nascimento, local e tempo de moradia, vínculo com associação/movimento social)

CARACTERÍSTICAS DOS INTEGRANTES DA COMUNIDADE	COMUNIDADE 1 ÁREA 1	COMUNIDADE 2 ÁREA 1	COMUNIDADE 1 ÁREA 2	COMUNIDADE 2 ÁREA 2	COMUNIDADE ÁREA 4
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Masculino
Idade	53 anos	45 anos	49 anos	67 anos	55 anos
Local de nascimento	Santa Catarina	São Paulo (capital)	São Paulo (capital)	São Paulo (interior)	São Paulo (interior)
Local residência atual	No bairro coberto pela Unidade da Saúde da Família (USF)	No bairro coberto pela USF	No bairro coberto pela USF	Bairro vizinho à área coberta pela USF	Bairro vizinho à área de abrangência da USF
Tempo de residência no bairro	11 anos	8 anos	49 anos	29 anos	20 anos
Associação/ Movimento Social/ Conselho de Saúde da USF	Unidade da Igreja Católica (10ª) Conselho de Saúde (3ª)	Movimento de Saúde (3ª) Conselho de Saúde (1ª)	Sociedade Amigo do Bairro	Sociedade Amigo do Bairro Conselho de Saúde	Conselho de Saúde da Zona (2ª)
Objetivos da Associação/ Movimento Social	Pastorais: caridade, visita a enfermos, atividades com jovens, curso de corte e costura, catequese, alfabetização	O Conselho gestor tem como objetivo resolver em conjunto problemas da USF; movimento de saúde faz o apoio externo necessário a USF; órgão fiscalizador da prestação de assistência	Lutadores do bairro; Centro Cultural para apoio aos jovens e mulheres; abrigo para idosos Não	Levantamento de dinheiro para distribuição de cesta básica e medicação	Lutar junto às autoridades para melhoria da das unidades básicas sucateadas, contra falta de medicação e de médicos
Outra atividade comunitária	Não	Catequista (12ª)		Pastoral da Igreja (atividade anterior) Visita doente internado em hospital	Movimento de Saúde do Bairro (10ª)

Quadro 6 – Respostas à entrevista sobre o Qualis realizada com cinco integrantes da comunidade das Áreas 1, 2 e 4

CARACTERÍSTICAS DOS INTEGRANTES DA COMUNIDADE	COMUNIDADE 1 ÁREA 1	COMUNIDADE 2 ÁREA 1	COMUNIDADE 1 ÁREA 2	COMUNIDADE 2 ÁREA 2	COMUNIDADE ÁREA 4
População do bairro	No começo aqui era mato e tinha muito bandido. As pessoas lutaram pela água, pelo asfalto, pela luz, pelo transporte	Periferia da periferia – "neste lugar tudo é difícil conseguir"	Bairro calmo, residencial, todo mundo se conhece	As pessoas participam de atividades beneficentes	Bairro era periferia, mas melhorou em parte; algumas área muito pobres, muito carentes de tudo
Problemas de saúde da população	Criança com bronquite, anemia e maltratada Diabetes e pressão alta	Hipertensão; diabetes; gestantes e crianças sem poder fazer acompanhamento perto de casa	Hipertensão e diabetes	Pressão alta e diabetes	Hipertensão; idosos, colesterol alto diabetes; gripe no inverno e desidratação no verão
O que é o Qualis	O Qualis foi montado nesta área a custo de abaixo-assinado. O Qualis é saúde e cidadania; promove igualdade	Qualidade na saúde – vê o indivíduo todo como ser humano	Movimento de prevenção da saúde	Não respondeu	Médico de família, médico atender em casa Projeto da Secretaria de Estado da Saúde para pequenas áreas
O que o Qualis faz	Socorre e ajuda as pessoas; atende os mais carentes	Atendimento médico; o trabalho maior é prevenção das doenças, despertar da cidadania e da auto-estima	Grupo 3ª idade; não é Pronto Socorro, é atendimento preventivo, com consulta marcada; faz coleta de exame	Não respondeu	Atendimento médico (ginecologia, clínico, pediatria), inalação, vacina; prevenção

Quadro 6 – Respostas à entrevista sobre o Qualis realizada com cinco integrantes da comunidade das Áreas 1, 2 e 4 (cont.)

	Comunidade 1 Área 1	Comunidade 2 Área 1	Comunidade 1 Área 2	Comunidade 2 Área 2	Comunidade Área 4
Características do trabalho dos profissionais da equipe	Atendimento no posto e em casa	Precisam ter uma visão da comunidade (fazer visita, participar de reuniões)	Agente faz visitas; médico de família é como médico de interior (conhece e trata de toda a família)	Não conhece porque não está coberto pelo Qualis	Equipe faz levantamento da área, faz visita periódica às pessoas em casa; atendimento domiciliar se necessário
Críticas da população ao atendimento do Qualis	Falta de medicação; médico ocupado com treinamento e visita domiciliar e não poder atender na hora alguém que vem ao posto	Falta medicação e recursos materiais (obrigação da Secretaria Estadual de Saúde); área restrita de cobertura	O posto deveria ser um pronto-socorro para atendimento de urgência	Excesso e rigor nas orientações	Bairro era periferia, mas melhorou em parte; algumas áreas muito pobres, muito carentes de tudo
O que a população gosta no atendimento do Qualis	A caminhada é muito gostosa; "sem o Qualis aqui a gente não era ninguém"	População carente que recebe de braços abertos qualquer coisa; acesso à Unidade com relação de amizade com todos os funcionários	Carinho que a Unidade de Saúde da Família transmite	Posto é perto e os médicos são bons	Hipertensão; idosos, colesterol alto; diabetes; gripe no inverno e desidratação no verão
Para o Sr/Sra o que mais agrada/ desagrada Qualis?	Todos são muito amigos; a quadrilha já foi se apresentar no Sesc	A agente comunitária de saúde é aquela pessoa dentro da casa e da unidade de saúde	Atendimento acolhedor; prevenção e orientação; treinamento para cuidadores	Limite da cobertura (a área do Qualis vai até 2 casas antes da sua); o posto está uma beleza	Médico de família, médico atende em casa Projeto da Secretaria de Estado da Saúde para pequenas áreas